

**EP 009 VÉDŐHÁLÓ REGISZTRÁCIÓ**

**Jól dönt, ha saját vagy hozzátartozói részére igényli a Védőháló szolgáltatáscsomagot, hiszen négyféle egészségbiztosítása mindössze havi 85 Ft-ért segít a bajban.**

Védőháló szolgáltatáscsomagunk 23 komoly betegség esetén (pl. szívinfarktus, rák) fedezi az egészségügyi kezelés költségét 1 millió forintig. Kiegészítő diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó biztosítás, 10 munkanapon belül szervezi meg és téríti a labor, ultrahang, RTG szolgáltatások díját, évi 25 000Ft-ig. A Várólista biztosítás 10 munkanapon belül CT vagy MR vizsgálatokat szervez meg, és ezek költségét évi 300 ezer Ft-ig átvállalja. Egnapos sebészeti ellátás keretében évi 300 ezer Ft-ig magánellátásban végezethetnek el műtéteket a biztosítottak.



**1 PÉNZTÁRTAG ADATAI** (A \*-al jelölt mezők kitöltése kötelező. Kérjük, NYOMTATOTT BETŰKKEL töltsd ki!)

Tagi azonosító: \_\_\_\_\_ Adóazonosító jel\*: \_\_\_\_\_

TAJ szám\*: \_\_\_\_\_

Név\* (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): \_\_\_\_\_

Mobiltelefonszám: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ E-mail cím: \_\_\_\_\_

A \*-gal jelölt adatok változásának jelen nyomtatványon történő bejelentése esetén kérjük, csatolja a szükséges nyomtatványokat: személyazonosító okmány (személyazonosító igazolvány, vezetői engedély, útlevél) és a lakcímkártya, vagy tartózkodási engedély másolatát.

**EH01** Elérhetőségeim megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elektronikus levelezési címet és/vagy telefonszámomat a hozzájárulás visszavonásáig nyilvántartásában rögzítse, a Pénztárral és a tagsággal összefüggő ügyekben történő tájékoztatás céljából kezelje, pénztári hírlleveleket, visszaigazolásokat, értesítőket juttasson el részemre. Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájárulást bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján.

Hozzájárulok, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár a megadott elektronikus levelezési címet és/vagy telefonszámomat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés útján gazdasági reklámot küldjön, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen.

Hozzájárulok, hogy a Pénztár a TAJ számom a Védőháló szolgáltatáscsomag egészségbiztosítási szolgáltatásainak biztosítása érdekében hozzájárulásom visszavonásáig nyilvántartásában rögzítse és kezelje.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájárulást bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján. Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulás visszavonása bizonyos esetekben szolgáltatásokhoz való hozzáférésemben akadályt jelenthet.

**2 VÉDŐHÁLÓ IGÉNYLÉSE**

saját magam részére  közeli hozzátartozóm részére

Amennyiben Ön közeli hozzátartozója vagy hozzátartozói részére igényli a Védőháló szolgáltatáscsomagot, kérjük, adja meg a hozzátartozói adatokat. Fontos, hogy közeli hozzátartozót abban az esetben regisztrálhat, ha Ön is előfizetője a Védőháló szolgáltatásnak. Szolgáltatásra regisztrálni a legalább első életévét betöltött hozzátartozót lehet.

**3 SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ** (Igénylés esetén a lenti adatok megadása kötelező.)

Hozzátartozó neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Hozzátartozó neme:  Férfi  Nő

Születési hely: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

Adóazonosító jel: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_

Állandó lakcím

Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_

Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_

Levelezési cím

Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_

Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_

Hozzátartozói minőség (Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó esetén kötelező a megadása!):

Házastárs  Élettárs  Szülő, örökbefogadó, mostoha- vagy nevelőszülő

Gyermekek, örökbefogadott, mostoha- vagy nevelt gyermek  Nagyszülő  Unoka  Testvér

**4 SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ** (Igénylés esetén a lenti adatok megadása kötelező.)

Hozzátartozó neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Hozzátartozó neme:  Férfi  Nő

Születési hely: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

Adóazonosító jel: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_

Állandó lakcím

Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_

Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_

Levelezési cím

Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_

Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_

Hozzá tartozói minőség (Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó esetén kötelező a megadása!):

- Házastárs  Élettárs  Szülő, örökbefogadó, mostoha- vagy nevelőszülő  
 Gyermekek, örökbefogadott, mostoha- vagy nevelt gyermek  Nagyszülő  Unoka  Testvér

**5 SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ** (Igénylés esetén a lenti adatok megadása kötelező.)

Hozzá tartozó neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Hozzá tartozó neme:  Férfi  Nő

Születési hely: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

Adóazonosító jel: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_

Állandó lakcím

Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_

Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_

Levelezési cím

Irányítószám: \_\_\_\_\_ Település: \_\_\_\_\_ Közterület: \_\_\_\_\_

Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_

Hozzá tartozói minőség (Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó esetén kötelező a megadása!):

- Házastárs  Élettárs  Szülő, örökbefogadó, mostoha- vagy nevelőszülő  
 Gyermekek, örökbefogadott, mostoha- vagy nevelt gyermek  Nagyszülő  Unoka  Testvér

**6 NYILATKOZATOK**

Kérem a pénztárt, hogy az egyéni számlám fedezete alapján rendelkezésre álló egyenlemből jelen nyilatkozatom beérkezését követő hónap első napjától kezdődő biztosítási időszaktól vonatkozóan, a fenti igénynek megfelelően csoportosítsa át a Védőháló szolgáltatáscsomag díját a PRÉMIUM Védőháló Szolidáris Alapba, melynek díja személyenként havonta 85 Ft. Tudomásul veszem, hogy a Védőháló szolidáris alap a mindenkor hatályos Szolgáltatási szabályzat alapján szolgáltatást finanszírozó egészségbiztosítások díját teljesíti a szerződött biztosító partner felé. A Pénztár honlapján teszi közzé a szerződött biztosító nevét és a szolgáltatáscsomagban foglalt egészségbiztosítások igénybe vételi feltételeit.

Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatásra regisztrált közeli hozzátartozó általam közölt személyes adatait a Pénztár az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. számú törvény (Öpt.) szerint kezeli, rögzíti. A Pénztár a Pénztártag által a közeli hozzátartozókról, valamint haláleseti kedvezményezettekről szolgáltatott személyes adatokat, kizárólag a szolgáltatás teljesítése céljából a célhoz szükséges mértékben és ideig kezeli és ezen adatokat kizárólag ezzel kapcsolatban használja fel a GDPR 6. cikk (1) b) pontja alapján. A Pénztártag felelőssége, hogy a személyes adatok Pénztár felé történő közlésére az érintettek előzetes tájékoztatását és kifejezett hozzájárulását követően kerül sor. Pénztártag kötelezettsége, hogy ezen hozzájáruló nyilatkozatokat a Pénztár ezirányú kérése esetén rendelkezésre bocsássa.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájáruló nyilatkozat az Alapszabály Védőháló szolidáris alapra vonatkozó rendelkezései figyelembe vételével bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján. Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulás visszavonása bizonyos esetekben szolgáltatásokhoz való hozzáféréseben akadályt jelenthet.

**7 PÉNZTÁRTAG ALÁÍRÁSA**

Település: \_\_\_\_\_

Pénztártag saját kezű aláírása

Dátum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

**ÜGYINTÉZÉS ONLINE, EGYSZERŰEN!**

Szolgáltatásra jogosultként bejelentett közeli hozzátartozója részére a biztosításokat regisztrálhatja Ügyfélportálján is. Bejelentkezés után válassza a „Saját és hozzátartozóim biztosításainak kezelése” menüpontot!

Regisztráció, bejelentkezés: <https://portal.premiumegezssegpenztar.hu/>