

EP 008 EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI TÁRSKÁRTYA IGÉNYLÉSE ÉS SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ JELÖLÉSE

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

Tagi azonosító*: _____ Adóazonosító jel*: _____
Név* (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): _____
Születési név*: _____
Anyja neve*: _____
Születési hely*: _____ Születési dátum*: _____
Levelezési cím*
Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____
Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____
Mobiltelefonszám: _____ E-mail cím: _____

EH03 Elérhetőségeim megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elektronikus levelezési címetem és/vagy telefonszámomat a hozzájárulás visszavonásáig nyilvántartásában rögzítse, a Pénztárral és a tagságommal összefüggő ügyekben történő tájékoztatás céljából kezelje pénztári hírlleveleket, visszaigazolásokat, értesítőket juttasson el részemre.

Egyben kérem, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elsősorban a digitális államról és a digitális szolgáltatások egyes szabályairól szóló 2023. CIII. számú törvény rendelkezéseinek megfelelő elektronikus iratként küldje meg részemre a pénztári értesítőket, igazolásokat, tájékoztatásokat és egyéb dokumentumokat. Tudomásul veszem, hogy az elektronikus irat kézbesítéséről szóló értesítést a pénztár az elektronikus levelezési címemre küldi meg, a dokumentumot pedig az Ügyfélportalon (portal.premiumesegszegpenztar.hu) tekinthetem meg. Kötelezettséget válllok arra, hogy elektronikus levelezési címem változását 5 napon belül a pénztárnak bejelentem. Tudomásul veszem, hogy az ennek elmulasztásából eredő károkért a pénztár nem tartozik felelősséggel.

Hozzájárulok, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár a megadott elektronikus levelezési címetem 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. Kijelentem, hogy jelen nyilatkozataim önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájáruló nyilatkozatok bármikor visszavonhatók a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján.

2 TÁRSKÁRTYA TULAJDONOSÁNAK ADATAI

Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): _____
Születési név: _____
Anyja születési neve: _____
Születési hely: _____ Születési dátum: _____
Levelezési cím (Az igényelt kártyát a pénztár a megadott címre küldi ki)
Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____
Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

Hozzá tartozói minőség: Házastárs Élettárs Gyermekek, örökbefogadó-, mostoha- vagy nevelt gyermek

Szülő, örökbefogadott-, mostoha- vagy nevelőszülő Nagyszülő Unoka Testvér

3 NYILATKOZAT

Hozzájárulok, hogy fent megnevezett közeli hozzátartozóm, mint szolgáltatásra jogosult, egészségpénztári szolgáltatásokat vegyen igénybe egyéni számlám terhére. Ezúton megrendelem számára a PRÉMIUM Egészségpénztár társkártyáját 3600 Ft-ért, melyet az Egészségpénztár egyéni számlám egyenlegéből von le. Tudomásul veszem, hogy az Egészségpénztár csak abban az esetben rendel meg a társkártyát, ha egyéni számlámon a kártyadíj rendelkezésre áll. Amennyiben az egyéni számlán az igénylőlap benyújtásakor (feldolgozásakor) a kártyadíj nem áll rendelkezésre, a kártyaigénylés nem évül el, de a kártya Pénztár általi megrendelésére csak azt követően kerül sor, miután az egyéni számla egyenlege ezt lehetővé teszi.

Település: _____ Dátum: _____

Pénztártag saját kezű aláírása
