

EP 018 PAJZS CSATLAKOZÁSI NYILATKOZAT ÉS REGISZTRÁCIÓ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁSOKRA

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): _____

Anyja neve*: _____

Születési hely*: _____ Születési dátum*: _____ . _____ . _____ .

Állampolgárság*: magyar egyéb: _____

Személyazonosító okmány típusa (Kérjük, csak egyet jelöljön meg!)*:
 Személyazonosító igazolvány Vezetői engedély Útleveél Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány

Személyazonosító okmány száma*: _____

Lakcímkártya száma*: _____ Nem rendelkezem lakcímkártyával

Állandó lakcím / külföldi állampolgár esetén bejelentett magyarországi tartózkodási hely*
Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____
Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____
Levelezési cím*
Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____
Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____
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, útleveél) 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 tagságommal összefüggő ügyekben történő tájékoztatás céljából kezelje, pénztári hírlveleket, visszaigazolásokat, értesítőket juttasson el részemre. Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájáruló nyilatkozat 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. Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján.

2 PAJZS REGISZTRÁCIÓ

Nyilatkozat Pajzs szolgáltatáscsomag igénybevételéről

A PAJZS: védelem és gondoskodás. Segít abban, hogy megőrizzük azt, amit mindannyiunknak a legfontosabb és mégsem törődünk eleget vele: az egészségünket. Sokan érezzük azt, hogy jó lenne, ha időnként alaposan kivizsgálnának bennünket, vagy csak elmondhatnánk egy szakembernek azokat a problémáinkat, panaszainkat, amelyek nem olyan komolyak, hogy orvoshoz forduljunk velük. Ezt azonban nem könnyű megoldani: nincs időnk, nem tudjuk hová forduljunk, sorba kell állnunk, a komplex szűrővizsgálatok rendszerint drágák. Erre a problémára nyújt átfogó megoldást a csomag. Olyan, magas színvonalú és kellemes, magánrendelői környezetben elvégzett szűrővizsgálatokat tesz lehetővé az Ön számára, ahová nem Önnek kell jelentkeznie, hanem különböző időpontokat kínálva a szolgáltató hívja be Önt. A program segítségével a vizsgálatok során feltárt betegségei kezeléséhez akár 50 ezer Ft-os gyógyszer támogatást kaphat. Ráadásul lehetősége lesz éjjel-nappal azonnali egészségügyi tanácsot kérnie egészségügyi call center szolgáltatásunk segítségével. Arra az esetre, ha Önnek orvosi segítségre lenne szüksége szolgáltatáscsomagunk orvosi másodvélemény szolgáltatást is tartalmaz.

A szolgáltatáscsomag tartalma

- 24 órás egészségügyi Call Center szolgáltatás (korlátlan alkalommal) és sürgősségi vizitek támogatása
- menedzserüzérésekhez hasonló komplex belgyógyászati szűrővizsgálat (1 év várakozási idő után kétfévente egy alkalommal)
- gyógyszer-támogatás (meghatározott feltételek mellett 50 000 Ft összeghatárig)
- orvosi másodvélemény szolgáltatás személyes konzultációval (6 hónapos várakozási idő után évente egy alkalommal)

Programunkhoz csatlakozhat és közeli hozzátartozóit is csatlakoztathatja! Kérjük töltsse ki az alábbi nyilatkozatokat!

Csatlakozni kívánok a Pajzs szolidáris alaphoz.

A nyomtatvány 3-4. pontjában megjelölt 16. életévét betöltött közeli hozzátartozómat kívánom csatlakoztatni a Pajzs szolidáris alaphoz.

Közeli hozzátartozók a Öpt. 2§ (4) a.) pontja alapján a házastárs, az élettárs, az egyeneságbeli rokon (pl.: szülő, nagyszülő, gyermek, unoka), az örökbefogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és nevelőszülő, valamint a testvér. Kérem a pénztárt, hogy az egyéni számlám fedezete alapján rendelkezésre álló egyenlegről jelen nyilatkozatom beérkezését követő hónap első napjától kezdődő biztosítási időszakról vonatkozóan csoportosítsa át a Pajzs Szolidáris Alapba, melynek díja személyenként havi 2200 Ft. Tudomásul veszem, hogy az elkülönített összegek a mindenkor hatályos Szolgáltatási szabályzatban megfogalmazott feltételek szerint vehetőek igénybe az abban meghatározott szolgáltatásokra. 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 és a szolgáltatás igénybevételének biztosítása céljából a szerződött egészségügyi szolgáltató felé továbbítja. (A szerződött biztosító felé továbbításra kerülő személyes adatok: név, tagkód, adóazonosító jel, születési dátum, anyja neve, a szerződött egészségügyi szolgáltató felé továbbított személyes adatok: tagkód, adóazonosító jel, név, nem, születési név, születési dátum, anyja neve, levelezési cím, telefonszám, elektronikus levelezési cím.)

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem.

Jelen hozzájáruló nyilatkozat az Alapszabály Pajzs 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.

TIPP: A komplex belgyógyászati szűrővizsgálathoz és a kapcsolódó gyógyszer-támogatáshoz az előírt 1 éves várakozási idő nélkül hozzájárthat, ha nyilatkozik, hogy a díjat 24 hónapra előre egy összegben megfizeti.

EP 018 PAJZS CSATLAKOZÁSI NYILATKOZAT ÉS REGISZTRÁCIÓ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁSOKRA

Kérem, hogy a Pajzs szolidáris alap 2200 Ft-os havi díját 24 hónapra előre, egy összegben (52800 Ft) csoportosítsa át a Pénztár tekintve, hogy a komplex belgyógyászati szűrővizsgálatot és az ahhoz kapcsolódó gyógyszerterápiát az 1 éves várakozási idő nélkül kívánom igénybe venni. Tudomásul veszem, hogy a Pajzs szolidáris alaphoz való jelen csatlakozásom hónapját követő hónap 20. napján az Egészségpénztár a 24 hónapra vonatkozó díj átcsoportosítását elvégzi. Amennyiben a 24 hónapra előre történő átcsoportosítás elvégzése fedezethiány miatt nem lehetséges, úgy a Pénztár a Pajzs szolidáris alap havi díját csoportosítja át és a szolgáltatásokra az előírt várakozási idő után válok jogosulttá.

A Pajzs szolidáris alap szolgáltatásaival kapcsolatos részletes tájékoztatásért kérjük, keresse fel honlapunkat (www.premiumpenztarak.hu), illetve ügyfélszolgálatunkat (kapcsolat@premiumpenztarak.hu)!

3 PAJZS SZOLGÁLTATÁSCSOMAGRA REGISZTRÁLT KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ ADATAI I.

(Igénylés esetén a lenti adatok megadása kötelező.)

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

Születési név: _____

Születési hely: _____ Születési dátum: _____ . _____ . _____ .

Anyja születési neve: _____ Adóazonosító jel: _____

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

Szülő, örökbefogadó, mostoha- vagy nevelőszülő Nagyszülő Testvér Unoka

Levelezési cím

Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____

Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

Mobiltelefonszám: _____ (_____) _____ E-mail cím: _____

Tudomásul veszem, hogy a megjelölt közeli hozzátartozó egészségpénztári számlám terhére szolgáltatás igénybe vételére jogosult.

Kérjük, feltétlenül adja meg hozzátartozója elérhetőségeit, melyeken az Pajzs szolgáltatáscsomag keretében esedékesé váló szűrővizsgálatokra szolgáltató partnerünk időpontot egyeztethet vele.

Kérem, hogy a Pajzs szolidáris alap 2200 Ft-os havi díját 24 hónapra előre, egy összegben (52800 Ft) csoportosítsa át a Pénztár tekintve, hogy a komplex belgyógyászati szűrővizsgálatot és az ahhoz kapcsolódó gyógyszerterápiát az 1 éves várakozási idő nélkül kívánom közeli hozzátartozóm részére biztosítani. Tudomásul veszem, hogy a Pajzs szolidáris alaphoz való jelen csatlakozás hónapját követő hónap 20. napján az Egészségpénztár a 24 hónapra vonatkozó díj átcsoportosítását elvégzi. Amennyiben a 24 hónapra előre történő átcsoportosítás elvégzése fedezethiány miatt nem lehetséges, úgy a Pénztár a Pajzs szolidáris alap havi díját csoportosítja át és a szolgáltatásokra az előírt várakozási idő után válik közeli hozzátartozóm jogosulttá.

4 PAJZS SZOLGÁLTATÁSCSOMAGRA REGISZTRÁLT KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ ADATAI II.

(Igénylés esetén a lenti adatok megadása kötelező.)

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

Születési név: _____

Születési hely: _____ Születési dátum: _____ . _____ . _____ .

Anyja születési neve: _____ Adóazonosító jel: _____

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

Szülő, örökbefogadó, mostoha- vagy nevelőszülő Nagyszülő Testvér Unoka

Levelezési cím

Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____

Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

Mobiltelefonszám: _____ (_____) _____ E-mail cím: _____

Tudomásul veszem, hogy a megjelölt közeli hozzátartozó egészségpénztári számlám terhére szolgáltatás igénybe vételére jogosult.

Kérjük, feltétlenül adja meg hozzátartozója elérhetőségeit, melyeken az Pajzs szolgáltatáscsomag keretében esedékesé váló szűrővizsgálatokra szolgáltató partnerünk időpontot egyeztethet vele.

Kérem, hogy a Pajzs szolidáris alap 2200 Ft-os havi díját 24 hónapra előre, egy összegben (52800 Ft) csoportosítsa át a Pénztár tekintve, hogy a komplex belgyógyászati szűrővizsgálatot és az ahhoz kapcsolódó gyógyszerterápiát az 1 éves várakozási idő nélkül kívánom közeli hozzátartozóm részére biztosítani. Tudomásul veszem, hogy a Pajzs szolidáris alaphoz való jelen csatlakozás hónapját követő hónap 20. napján az Egészségpénztár a 24 hónapra vonatkozó díj átcsoportosítását elvégzi. Amennyiben a 24 hónapra előre történő átcsoportosítás elvégzése fedezethiány miatt nem lehetséges, úgy a Pénztár a Pajzs szolidáris alap havi díját csoportosítja át és a szolgáltatásokra az előírt várakozási idő után válik közeli hozzátartozóm jogosulttá.

EP 018 PAJZS CSATLAKOZÁSI NYILATKOZAT ÉS REGISZTRÁCIÓ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁSOKRA

5 NYILATKOZAT ELEKTRONIKUS IRATKÜLDŐ SZOLGÁLTATÁS IGÉNYLÉSÉRŐL – EI01

Nyilatkozat (Nem kell a többnapos postai átfutásra várnia, nem kell papírokkal bajlódnia!)

Elektronikus iratküldő szolgáltatásunk segítségével pénztártagjaink a kiküldött tájékoztatókhoz, adóigazolásokhoz, számlaértesítőkhöz elektronikus úton juthatnak hozzá. Az elektronikus iratként továbbított dokumentumokat a Pénztár által a www.premiumegeszsegpenzta.hu web oldalon lévő Ügyfélportálon a Pénztártag rendelkezésére bocsátott személyes internetes felhasználói felületen (internetes egyenleglekérdezőn) keresztül, egyéni regisztrációt és azonosítást követően lehet letölteni. A dokumentumokat a pénztártagok tetszés szerint kinyomtathatják, vagy elektronikusan tárolhatják. A szolgáltatás igénylése esetén elektronikus levél útján küldünk értesítést egyéni tagdíjbefizetés elmaradásáról, pénztárunk híreiről, akcióiról.

Alulírott pénztártag jelen nyilatkozat útján kérem nem kérem, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár az elektronikus ügyintézés és a bizalmi szolgáltatások általános szabályairól szóló 2015. évi CCXXII. számú törvény rendelkezéseinek megfelelő elektronikus iratként küldje meg részemre a pénztári dokumentumokat.

Tudomásul veszem, hogy az elektronikus irat kézbesítéséről szóló értesítést a pénztár az elektronikus levelezési címemre küldi meg, a dokumentumot pedig az Ügyfélportálon (portal.premiumegeszsegpenzta.hu) tekinthetem meg. Kötelezettséget vállalok 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.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) küldött levél útján.

E-mail címem: _____

6 HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT ÜZLETI CÉLÚ MEGKERESÉSHEZ – EA14

1. Alulírott ezennel kifejezetten hozzájárulok kifejezetten nem járulok hozzá, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár – eltérő rendelkezésem hiányában – az általam rendelkezésre bocsátott, az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény („Infotv.”) és az Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 rendelete („GDPR”), szerinti személyes adataimat, valamint az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény („Öpt.”) szerint pénztártitoknak minősülő adataimat a 3. pontban megjelölt célből a 2. pontban jelölt jogi személyek részére átadja.

2. PRÉMIUM Önkéntes Nyugdíjpénztár, PRÉMIUM Pénztárszolgáltató Kft., UNION Biztosító Zrt.

3. Az adatátadás célja: ügyfélkiszolgálás szintjének emelése, reklám, illetve promóciós és értékesítési célú megkeresések;

4. Az adatok köre: név; levelezési cím; telefonszám/mobiltelefon szám; email cím;

5. A 4. pontban meghatározott adatok átadása kampányok keretében, kampányonként egyszeri átadással történik.

6. Az adatokat a 2. pontban jelölt jogi személyek az Infotv-ben., az Öpt-ben., valamint a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben foglalt határidőig kezelik.

7. Kijelentem és elismerem, hogy jelen nyilatkozatomban az adatok továbbítására adott felhatalmazásom önkéntesen történt, továbbá megfelelő tájékoztatáson alapul. Tudomással bírok arról, hogy bármikor, indokolás nélkül kérhető az adatok közvetlen üzleti célú megkeresés (direkt marketing) céljából történő kezelésének megszüntetése, illetőleg kérhető az adatok helyesbítése, kiegészítése. Az adatkezelés megszüntetésére vonatkozó kérelmet az alábbi módokon lehet eljuttatni: postai úton (1426 Budapest, Pf. 512), távközlési és elektronikus úton: Tel.: +36 1 999 9696, Fax: +36 1 288 6061, Email: kapcsolat@premiumpenzta.hu.

7 PÉNZTÁRTAG ALÁÍRÁSA

Település: _____

Pénztártag saját kezű aláírása:

Dátum: _____ . _____ . _____ .

8 TANÚK ÁLTALI HITELESÍTÉS (magyar állampolgár)

Figyelem! Az elektronikus iratküldő szolgáltatásra vonatkozó regisztráció (EI01) és az adattovábbításra vonatkozó hozzájáruló nyilatkozat (EA14) tanúk általi hitelesítés hiányában érvénytelen! Tájékoztatjuk, hogy jelen nyilatkozatok bármikor visszavonhatóak a Pénztár székhelyére (1426 Budapest, Pf. 512) postai úton megküldött levél útján.

Első tanú teljes neve: _____

Második tanú teljes neve: _____

Első tanú állandó lakcíme: _____

Második tanú állandó lakcíme: _____

Első tanú személyi igazolványának száma: _____

Második tanú személyi igazolványának száma: _____

Első tanú aláírása: _____

Második tanú aláírása: _____

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 7. §, 8. §, 9/A. § alapján alulírott, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok megfelelnek a valóságnak és a PRÉMIUM Egészségpénztár felé tett nyilatkozatot a saját nevemben teljesítem.

Kijelentem, hogy **nem vagyok közszereplő.**

Kijelentem, hogy **közszereplő vagyok:**

Kijelentem, hogy az alábbi fontos közfeladatot ellátó személy vagyok (Kiemelt közszereplő az, aki a jelen nyilatkozat megtételét megelőzően legalább egy éven belül fontos közfeladatot látott el.):

- a)** az államfő, a kormányfő, a miniszter, a miniszterhelyettes, az államtitkár, Magyarországon az államfő, a miniszterelnök, a miniszter és az államtitkár,
- b)** az országgyűlési képviselő vagy a hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon az országgyűlési képviselő és a nemzetiségi szószóló,
- c)** a politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon a politikai párt vezető testületének tagja és tisztségviselője,
- d)** a legfelsőbb bíróság, az alkotmánybíróság és olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon az Alkotmánybíróság, az ítéltábla és a Kúria tagja,
- e)** a számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvevőszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja,
- f)** a nagykövet, az ügyvivő és a fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon a rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, valamint a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei,
- g)** többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon a többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,
- h)** nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja, vagy ezzel egyenértékű feladatot ellátó személy

Kijelentem, hogy házastársam élettársam vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermekem, vagy a házastársuk/élettársuk vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülőm közszereplő

Kijelentem, hogy **kiemelt közszereplőhöz közel álló személy vagyok** (Ha ezt a választ jelölte meg, kérjük válasszon az alábbi lehetőségek közül is!)

- A kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagyok, vagy vele szorosan üzleti kapcsolatban állok
- Egyszemélyes tulajdonosa vagyok olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre.

Pénzeszköz forrása kiemelt közszereplő esetén: _____

Település: _____

Pénztártag saját kezű aláírása

Dátum: _____ . _____ . _____ .

Kérjük csatolni a személyazonosító okmány (személyazonosító igazolvány/vezetői engedély/útlevelel) és a lakcímkártya, vagy tartózkodási engedély másolatát. Ezen dokumentumok hiányában az azonosítás érvénytelen, a Pénztár nem nyújthat szolgáltatást!