

**EP 028 PAJZS CSATLAKOZÁSI NYILATKOZAT ÉS  
REGISZTRÁCIÓ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁSOKRA****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, utónév): \_\_\_\_\_

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 \*-al 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.****EH04** Elérhetőségeim megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elektronikus levelezési címet és/vagy telefonszámomat a hozzájárulás visszavonásáig nyilvánartatásában rögzítse, a Pénztárral és a tagságommal összefüggő ügyekben történő tájékoztatás céljából kezelje pénztári hírlveleket, 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, tájékoztatókat és egyéb dokumentumokat. Tudomásul veszem, hogy az elektronikus irat kézbesítéséről szóló értesítést a pénztár az elektronikus levelezési címemre küldi meg, a dokumentumot pedig az Ügyfélportálon (portal.premiumegeszsegpenztar.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, online marketing megkeresések, profilalkotás, valamint kutatás, statisztika, elemzések céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezési útján gazdasági reklámt küldjön, személyre szabott egészségpénztári hirdetéseket és tájékoztatásokat jelenítsen meg, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen.

Tudomásul veszem, hogy:

- az adatkezelés jogalapja az önkéntes hozzájárulásom (GDPR 6. cikk (1) a) és GDPR 9. cikk. (2) a)),
- a hozzájárulás bármikor, indokolás nélkül visszavonható,
- a visszavonásig végzett adatkezelés jogszerűnek minősül.

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@premium.hu e-mail címre küldött levél útján.

**2 PAJZS REGISZTRÁCIÓ****A szolgáltatáscsomag tartalma**

- menedzserzürésekhez hasonló komplex belgyógyászati szűrővizsgálat (1 év várakozási idő után két évente egy alkalommal)
- gyógyszerfarmogató (meghatározott feltételek mellett 100 ezer Ft összeghatárig)

Programunkhoz csatlakozhat és közeli hozzátartozóit is csatlakoztathatja! Kérjük töltsd 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 egyeseságbeli 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 időszaktól vonatkozóan csoportosítsa át a Pajzs Szolidáris Alapba, melynek díja személyenként havi, 2025. október 1-től 3 250 Ft. Tudomásul veszem, hogy az elkülönített összegek a mindenkor hatályos Szolgáltatási szabályzatban megfogalmazott feltételek szerint vehetőek igénybe az abban meghatározott szolgáltatásokra.

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.

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@premium.hu e-mail címre küldött levél útján.

**TIPP:** A komplex belgyógyászati szűrővizsgálathoz és a kapcsolódó gyógyszerfarmogatóhoz az előírt 1 éves várakozási idő nélkül hozzájuthat, ha nyilatkozik, hogy a díjat 24 hónapra előre egy összegben megfizeti. Kérem, hogy a Pajzs szolidáris alap, 2025. október 1-től 3250 Ft-os havi díjat 24 hónapra előre, egy összegben (78 000 Ft)

csoportosítsa át a Pénztár tekintve, hogy a komplex belgyógyászati szűrővizsgálatot és az ahhoz kapcsolódó gyógyszerfarmogatót 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 fedezetihiány miatt nem lehetséges, úgy a Pénztár a Pajzs szolidáris alap havi díját csoportosítja át és a szolgáltatásokra az előírt várakozási idő után válok jogosulttá. Tudomásul veszem, hogy a második szűrési szolgáltatás igénybe vételére összességében 36 hónap díj megfizetése után leszek jogosult.

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

## EP 028 PAJZS CSATLAKOZÁSI NYILATKOZAT ÉS REGISZTRÁCIÓ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁSOKRA

### 3 PAJZS SZOLGÁLTATÁSCSOMAGRA REGISZTRÁLT KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ ADATAI I.

(Igénylés esetén a lenti adatok megadása kötelező.)

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

Születési név: \_\_\_\_\_

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

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

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

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

Szülő, örökbefogadó, mostoha- vagy nevelőszülő  Nagyszülő  Testvér  Unoka

Levelezési cím

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

Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házsám: \_\_\_\_\_ 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 esedékessé váló szűrővizsgálatokra szolgáltató partnerünk időpontot egyeztethet vele.**

**Kérem, hogy a Pajzs szolidáris alap, 2025. október 1-től 3250 Ft-os havi díját 24 hónapra előre, egy összegben (2025. október 1-től 78000 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. Tudomásul veszem, hogy regisztrált közeli hozzátartozóm a második szűrés szolgáltatás igénybe vételére összességében 36 hónap díj megfizetése után lesz jogosult.

### 4 PAJZS SZOLGÁLTATÁSCSOMAGRA REGISZTRÁLT KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ ADATAI II.

(Igénylés esetén a lenti adatok megadása kötelező.)

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

Születési név: \_\_\_\_\_

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

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

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

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

Szülő, örökbefogadó, mostoha- vagy nevelőszülő  Nagyszülő  Testvér  Unoka

Levelezési cím

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

Közterület jellege: \_\_\_\_\_ Házsám: \_\_\_\_\_ 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 esedékessé váló szűrővizsgálatokra szolgáltató partnerünk időpontot egyeztethet vele.**

**Kérem, hogy a Pajzs szolidáris alap, 2025. október 1-től 3250 Ft-os havi díját 24 hónapra előre, egy összegben (2025. október 1-től 78000 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. Tudomásul veszem, hogy regisztrált közeli hozzátartozóm a második szűrés szolgáltatás igénybe vételére összességében 36 hónap díj megfizetése után lesz jogosult.

### 5 PÉNZTÁRTAG ALÁÍRÁSA

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pénztártag saját kezű aláírása

\_\_\_\_\_

## EP 028 KÖZSZEREPLŐ NYILATKOZAT

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 kiemelt közszereplő.**

Kijelentem, hogy **kiemelt 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 ítélőtábla 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- vagy nevelt gyermekem vagy a házastársuk / élettársuk vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- vagy nevelőszülőm kiemelt 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: \_\_\_\_\_ Dátum: \_\_\_\_\_

Pénztártag saját kezű aláírása

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