

EP 028 PAJZS CSATLAKOZÁSI NYILATKOZAT ÉS REGISZTRÁCIÓ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁSOKRA

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

Tagi azonosító*: _____ Adóazonosító jel*: _____ TAJ szám: _____

Név* (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónévek): _____

Anyja neve*: _____

Születési hely*: _____ Születési dátum*: _____

Állampolgárság*: magyar egyéb: _____

Személyazonosító okmány típusa (Kérjük, csak egyet jelöljön meg!)*:

 Személyazonosító igazolvány Vezetői engedély Útlevel 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, útlevel) és a lakcímkártya vagy tartózkodási engedély másolatát.**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 hírleveleket, 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 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.

 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 PAJZS REGISZTRÁCIÓ

A szolgáltatáscsomag tartalma

- menedzserszűrésekhez hasonló komplex belgyógyászati szűrővizsgálat (1 év várakozási idő után kétévente egy alkalommal)
- gyógyszerterápiák (meghatározott feltételek mellett 100 ezer Ft összeghatárig)

Programunkhoz csatlakozhat és közeli hozzátartozóit is csatlakoztathatja! Kérjük töltsé 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 időszaktól vonatkozóan csoportosítsa át a Pajzs Szolidáris Alapba, melynek díja személyenként havi 2 990 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@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján.

TIPP: A komplex belgyógyászati szűrővizsgálathoz és a kapcsolódó gyógyszerterápiához 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 2 990 Ft-os havi díját 24 hónapra előre, egy összegben (71 760 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.premiumegeszsegpenztar.hu), illetve ügyfélszolgálatunkat (kapcsolat@premiumpenztarak.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, utónévek): _____

Születési név: _____

Születési hely: _____ Születési dátum: _____

Anyja születési neve: _____

Adóazonosító jel: _____ TAJ szám: _____

Hozzátartozói minőség: Házastárs Élettárs Gyermek, 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 egyeztetethet vele.

Kérem, hogy a Pajzs szolidáris alap 2 990 Ft-os havi díját 24 hónapra előre, egy összegben (71 760 Ft) csoportosítsa át a Pénztár tekintve, hogy a komplex belgyógyászati szűrővizsgálatot és az ahhoz kapcsolódó gyógyszer támogatást 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.)

Hozzátartozó neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónévek): _____

Születési név: _____

Születési hely: _____ Születési dátum: _____

Anyja születési neve: _____

Adóazonosító jel: _____ TAJ szám: _____

Hozzátartozói minőség: Házastárs Élettárs Gyermek, 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 egyeztetethet vele.

Kérem, hogy a Pajzs szolidáris alap 2 990 Ft-os havi díját 24 hónapra előre, egy összegben (71 760 Ft) csoportosítsa át a Pénztár tekintve, hogy a komplex belgyógyászati szűrővizsgálatot és az ahhoz kapcsolódó gyógyszer támogatást 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.

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 / útlevelel) és a lakcímkártya vagy tartózkodási engedély másolatát. Ezen dokumentumok hiányában az azonosítás érvénytelen, a Pénztár nem nyújthat szolgáltatást!