

EP 004 ADATVÁLTOZÁS BEJELENTŐ NYOMTATVÁNY**1 PÉNZTÁRTAG ADATAI** (A *-al jelölt mezők kitöltése kötelező. Kérjük, NYOMTATOTT BETŰKKEL töltsd ki!)

Tagi azonosító*: _____ Adóazonosító jel*: _____
Régi név* (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): _____
Új név* (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): _____
Születési név*: _____
Anyja neve*: _____
Születési hely*: _____ Születési dátum*: _____

2 SZEMÉLYES ADATOK (Amennyiben állandó lakcíme, külföldi állampolgár esetén bejelentett magyarországi tartózkodási helye változott, a 3. pont (személyi azonosító okmányok változása) kitöltése is szükséges!)

Új állandó lakcím / külföldi állampolgár esetén bejelentett magyarországi tartózkodási hely
Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____
Közterület jellege: _____ Házsám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____
Új Levelezési cím
Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____
Közterület jellege: _____ Házsám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

3 SZEMÉLYI AZONOSÍTÓ OKMÁNYOK VÁLTOZÁSA

Amennyiben új típusú személyi igazolvánnyal vagy vezetői engedéllyel rendelkezik, abban az esetben (ha még nem tette) kérjük, feltétlenül adja meg lakcímkártyája számát is, mivel ennek hiányában adatai hiányosan fognak szerepelni a pénztár nyilvántartásában. A pénzmossás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény előírásai szerint az egészségpénztárak nem nyújthatnak szolgáltatást azon pénztártagoknak, akik az azonosítási kötelezettségeinek nem tettek eleget.

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

Személyazonosító igazolvány Vezetői engedély Útleve Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány

Új személyazonosító okmány száma: _____; érvényessége: _____

Új lakcímkártya száma: _____ Nem rendelkezem lakcímkártyával

4 TELEFONSZÁM, E-MAIL CÍM VÁLTOZÁS

Új mobiltelefonszám: _____

Új 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 hírleveleket, visszaigazolásokat, értesítőket juttasson el részemre.

Egyben kérem, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elsősorban az elektronikus ügyintézés és a bizalmi szolgáltatások általános szabályairól szóló 2015. évi CCXXII. 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 Ügyfélportálon (portal.premiumeszsegpenztar.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.

5 BANKSZÁMLASZÁM-VÁLTOZÁS

Bankszámlaszám: _____ - _____ - _____

A bankszámlaszám megadására az elszámoltatni kívánt készpénzes számlák ellenértékének átutalásához van szükség.

6 NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Továbbá kötelezem magam, hogy a közölt adatokban bekövetkező mindennemű változást 5 munkanapon belül írásban bejelentem az egészségpénztárnak. Tudomásul veszem, hogy e tájékoztatási kötelezettség elmulasztásából vagy hibás adatközlésből eredő károkért az egészségpénztár felelősséget nem vállal.

Település: _____ Dátum: _____

Pénztártag saját kezű aláírása

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