

EP 023 MEGTAKARÍTÁS ÁTHOZATALA A PRÉMIUM EGÉSZSÉGPÉNZTÁRBA

1 PÉNZTÁRTAG ADATAI (A *-al jelölt mezők kitöltése kötelező. Kérjük, NYOMTATOTT BETŰKKEL töltsd 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: _____ Házsám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

Mobiltelefonszám: _____ E-mail cím: _____

EH03 Elérhetőségeim megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elektronikus levelezési címemet és/vagy telefonszámomat a hozzájárulás visszavonásáig nyilvántartásában rögzítse, a Pénztárral és a tagságommal összefüggő ügyekben történő tájékoztatás céljából kezelje pénztári hírvételeket, 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 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 címemet és/ vagy telefonszámomat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés útján gazdasági reklámat 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 NYILATKOZAT

Nyilatkozom, hogy át kívánok lépni a PRÉMIUM Egészség- és Önszegélyező Pénztárba az alábbi átadó pénztárból. Felhatalmazom a PRÉMIUM Egészség- és Önszegélyező Pénztárt, hogy helyettem és nevemben az átlépéssel kapcsolatos ügyben eljárjon, ezzel összefüggésben adataimat kezelje. Kérem, hogy a megnevezett pénztár a tagsági jogviszonyomat szüntesse meg, és az egyéni számlámon lévő összeget a PRÉMIUM Egészség- és Önszegélyező Pénztárba utalja át.

Átadó pénztár neve (ahonnan az utalást kéri): _____

3 ALÁÍRÁS

Település: _____ Dátum: _____

Pénztártag saját kezű aláírása
