

**EP 024 ADATLAP GYÓGYSZERTÁMOGATÁS  
IGÉNYBEVÉTELÉHEZ A PAJZS SZOLIDÁRIS ALAP TERHÉRE****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): \_\_\_\_\_

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, útlevél) és a lakcímkártya, vagy tartózkodási engedély másolatát.****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 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, 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 ügyfélportalon (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 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**

Alulírott, ezúton nyilatkozom arról, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár Pajzs Szolidáris Alaphoz csatlakozott tagjaként

\_\_\_\_\_ napján általános szűrővizsgálaton vettem részt. A szűrés során feltárt betegsége(i)m kezeléséhez kapcsolódó gyógyszervásárlások számláit kérem a Pajzs Szolidáris Alapból kifizetni.\*

Tudomásul veszem, hogy az egészségpénztár a gyógyszerköltségek 70%-át, maximum 100 ezer Ft értékben finanszírozza, és hogy a gyógyszerátogatásra a szűrővizsgálatot követő 1 éven belül vagyok jogosult.

Település: \_\_\_\_\_ Dátum: \_\_\_\_\_

Pénztártag saját kezű aláírása

**\* Csatolandó dokumentumok:**

- Kézpénzes gyógyszerári vásárlások esetében a számlák eredeti példánya
- Egészségkártyával történt gyógyszerári vásárlások esetén a vásárlások listája mely tartalmazza a gyógyszerár nevét, címét, a vásárlás dátumát és összegét
- A szűrővizsgálati lap másolata
- A kezelőorvos javaslata.