

EP 208 ADATLAP GYÓGYSZERTÁMOGATÁS IGÉNYBEVÉTELEHEZ A PAJZS SZOLIDÁRIS ALAP TERHÉRE

1 PÉNZTÁRTAG ADATAI (A *-al jelölt mezők kitöltése kötelező. Kérjük, NYOMTATOTT BETŰKKEL töltsé 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 laccímka, vagy tartózkodási engedély másolatát.

EH01 Elérhetőségeim megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elektronikus levelezési címetem és/vagy telefonszámomat a hozzájárulás visszavonásáig nyilvántartásában rögzítse, a Pénztárral és a tagsággal összefüggő ügyekben történő tájékoztatás céljából kezelje, pénztári hírlleveleket, visszaigazolásokat, értesítőket juttasson el részemre. Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenzterek.hu e-mail címre küldött levél útján.

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 nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenzterek.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 50 ezer Ft értékben finanszírozza, és hogy a gyógyszerátogatásra a szűrővizsgálatot követő 1 éven belül vagyok jogosult.

Település: _____

Pénztártag saját kezű aláírása

Dátum: _____ . _____ . _____ .

* Csatolandó dokumentumok:

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