

**EP 024 ADATLAP GYÓGYSZERTÁMOGATÁS
IGÉNYBEVÉTELÉHEZ 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 lakcímkártya, vagy tartózkodási engedély másolatát.**EH04** 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 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 vállallok 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, online marketing megkeresések, profilalkotás, valamint kutatás, statisztika, elemzéscéljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés útján gazdasági reklámot küldjön, személyre szabott egészségpénztári hirdetéseket és tájékoztatásokat jelenítsen meg, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen.

Tudomásul veszem, hogy:

- az adatkezelés jogalapja az önkéntes hozzájárulásom (GDPR 6. cikk (1) a) és GDPR 9. cikk. (2) a)),
- a hozzájárulás bármikor, indokolás nélkül visszavonható,
- a visszavonásig végzett adatkezelés jogszerűnek minősül.

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@premium.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 betegség(e)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 gyógyszertámogatásra a szűrővizsgálatot követő 1 éven belül vagyok jogosult.

Település: _____ Dátum: _____

Pénztártag saját kezű aláírása

*** Csatolandó dokumentumok:**

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