

## EP 209 ADATLAP KÓRHÁZI KÖLTSÉGTÉRÍTÉS IGÉNYBEVÉTELEHEZ A DUNAFERR 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, utónévek): \_\_\_\_\_

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, útlevel) és a lakcímkártya, vagy tartózkodási engedély másolatát.

**EH01** 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 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@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján.

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 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@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján.

### 2 NYILATKOZAT

Alulírott, ezúton nyilatkozom arról, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár DUNAFERR Szolidáris Alaphoz csatlakozott tagjaként 3 napot meghaladó kórházi kezelésen vettem részt.

A kezelés időtartamának kezdete: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

A kezelés időtartamának vége: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

Csatolt dokumentumok

Ezúton kérem a kórházi kezelés kapcsán felmerült költségeim DUNAFERR Szolidáris Alapból történő finanszírozását. E célból nyilatkozatomhoz az alábbi sorszámú, elszámolni kívánt számlákat csatolom:

1: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_

4: \_\_\_\_\_

5: \_\_\_\_\_

### 3 ALÁÍRÁS

Település: \_\_\_\_\_

Pénztártag saját kezű aláírása

Dátum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .