

EP 025 ADATLAP KÓRHÁZI KÖLTSÉGTÉRÍTÉS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ 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, 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, útlevelel) 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 tagsággal összefüggő ügyekben történő tájékoztatás céljából kezelje pénztári hírcímeket, 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 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 károkat 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 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: _____ Dátum: _____

Pénztártag saját kezű aláírása