

**EP 026 NYILATKOZAT A DUNAFERR
SZOLIDÁRIS KASSZA HOZZÁJÁRULÁSHOZ**

Alulírott, a PRÉMIUM Egészségpénztár (a továbbiakban Egészségpénztár) tagja kijelentem, hogy az Egészségpénztár által szervezett szolidáris szűrés szolgáltatást nyújtó kasszához az alábbiak szerint csatlakozni kívánok.

1 PÉNZTÁRTAG ADATAI (A *-al jelölt mezők kitöltése kötelező. Kérjük, NYOMTATOTT BETŰKKEL töltsd ki!)

Tagi azonosító*: _____ Adóazonosító jel*: _____

TAJ szám*: _____

Név* (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): _____

Mobiltelefonszám: _____ E-mail cím: _____

Levelezési cím

Irányítószám: _____ Település: _____ Községterület: _____

Községterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

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.

EH01 Elérhetőségeim megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elektronikus levelezési címet 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. 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 címet 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

☐ Hozzájárulok, hogy jelen nyilatkozat Egészségpénztárhoz történő beérkezését követő hónaptól havonta 1 000 Ft-ot, azaz egyezer forintot az Egészségpénztár a DUNAFERR Szolidáris Kasszába átcsoportosítson. Tudomásul veszem, hogy az elkülönített összegeket a mindenkor hatályos Szolgáltatási Szabályzatban megfogalmazott feltételek szerint vehetem igénybe az abban meghatározott szolgáltatásokra.

☐ Nem járulok hozzá, hogy a DUNAFERR Tagozat által létrehozott DUNAFERR Szolidáris Kasszába az egyéni számlám fedezeti alapján jóváírt befizetésemből az Egészségpénztár átcsoportosítást hajtson végre. Tudomásul veszem, hogy így a DUNAFERR Szolidáris Kassza szolgáltatásait csak a Szolgáltatási Szabályzatban meghatározott, korlátozott mértékben vehetem igénybe. (Ezt a lehetőséget csak az a Pénztártag választhatja, aki a DUNAFERR Egészségpénztár (mint az Egészségpénztár jogelőd Pénztára) szolidáris alapjának javára 2003. december 31-ét megelőzően is teljesített befizetést.)

Jelen Nyilatkozat az általam történő visszavonásig, illetve az egészségpénztári tagsági jogviszonyom megszűnéséig érvényes.

3 ALÁÍRÁS

Település: _____ Dátum: _____

Pénztártag saját kezű aláírása