prémium Egészségpénztár

1426 Budapest, Pf. 512
kapcsolat@premiumpenztarak.hu
www.premiumegeszsegpenztar.hu

EP 013 IGAZOLÁS KIESŐ JÖVEDELEMRŐL

1 PÉNZTÁRTAG ADATAI (A *-al jelölt mezők kitöltése kötelező. Kérjük, NYOMTATOTT BETŰKKEL töltse 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 történo bejelentése esetén kérjük, csatolja a szükséges nyomtatványokat: személyazonosító okmány (személyazonosító igazolvány, vezetoi engedély, útlevél) 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 tagságommal összefüggő ügyekben történő tájékoztatás céljából kezelje pénztári hírleveleket, visszaigazolásokat, értesítőket juttasson el részemre.
Egyben kérem, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elsősorban az elektronikus ügyintézés és a bizalmi szolgáltatások általános szabályairól szóló 2015. évi CCXXII. 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 vállalok 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 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 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 MUNKÁLTATÓ (KIFIZETŐ) ADATAI (A munkáltató (kifizető) tölti ki!)

Munkáltató (kifizető) neve: _____

Munkáltató (kifizető) címe:

Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____

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

Betegség miatti keresőképtelenség ideje*: _____ - _____

Nettó munkabér összege: _____ Ft

Számfejtésre került nettó munkabér: _____ Ft

Különbözet (nettó): _____ Ft

Jelen igazolást a PRÉMIUM Egészségpénztár részére adtuk ki.

3 ALÁÍRÁSOK

Cégszerű aláírás

Település: _____

Dátum: _____

Munkáltató (kifizető) cégszerű aláírása

Pénztártag aláírás

Település: _____

Dátum: _____

Pénztártag saját kezű aláírása