

## EP 013 IGAZOLÁS KIESŐ JÖVEDELEMRŐL

### 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, 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 tagsággal 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, tájékoztatásokat 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 válllok 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: \_\_\_\_\_ Házsám: \_\_\_\_\_ Épület: \_\_\_\_\_ Lépcsőház: \_\_\_\_\_ Emelet: \_\_\_\_\_ Ajtó: \_\_\_\_\_

Betegség miatti keresőkép telenség 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