PRÉMIUM
Egészségpénztár

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

EP 401 IGAZOLÁS KIESŐ JÖVEDELEMRŐL

1 IGÉNYLŐ 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 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 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. 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 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 aláírása

Település: _____

Dátum: __ __ __ __ . __ __ . __ __ .

Pénztártag saját kezű aláírása

*A PRÉMIUM Egészségpénztár csak a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 44. §-a a) pontjában meghatározott, a pénztártag betegség következtében fennálló keresőképtelensége esetén nyújthat szolgáltatást és az csak a tag kieső jövedelmének teljes vagy részbeni pótlása lehet.