

20
%

ADÓJÓVÁÍRÁS

**TAKARÍTSON
MEG AKÁR ÉVI
150 EZER FT-OT!**

Csatlakozzon még ma!

TÖLTSE KI BELÉPÉSI NYILATKOZATUNKAT!

1. PRÉMIUM Egészségpénztár adatai

Fővárosi Bíróság 11. Pk. 60.820/2002, adószám: 18177734-2-41

2. Pénztártag adatai (A *-gal jelölt mezők kitöltése

kötelező!)

Tagkód _____

2.1 Név* _____

2.2 Születési (leánykori) név* _____

2.3 Születési helye* _____

2.4 Születési ideje* _____

2.5 Neme*: férfi nő

2.6 Anyja születési (leánykori) neve* _____

2.7 Állandó lakcím* _____

(irányítószám, település, közterület, házszám, emelet, ajtó)

2.8 Levelezési cím, ha más, mint az állandó lakcím* _____

(irányítószám, település, közterület, házszám, emelet, ajtó)

2.9 Adóazonosító jel* _____

2.10 Állampolgársága* _____

(Külföldi állampolgárság esetén a letelepedési vagy munkavállalási engedély másolatát kérjük csatolni)

2.11 Személyazonosító okmány száma és típusa* _____

2.12 Lakcímkártya száma* _____

2.13 Bankszámlaszám _____

(A bankszámlaszám megadására az elszámoltatni kívánt készpénzes számlák ellenértékének átutalásához van szükség.)

2.14 Telefonszám _____

2.15 E-mail cím _____

2.16 Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom a taggá válásomban közreműködő tagszervező és a PRÉMIUM Egészségpénztár részére, hogy a pénztárba történő belépésem időpontjában más, azonos típusú pénztárnak* _____

tagja vagyok. nem vagyok tagja.

* Azonos típusú pénztárak: egészségpénztár, önszegélyező pénztár, egészség- és önszegélyező pénztár.

Csatlakozni kívánok a Pajzs Szolidáris Alaphoz és havi Pajzs előfizetést választok. Kérem, hogy a pénztár az egyéni számlámról a Pajzs Szolidáris Alapba jelen nyilatkozatom beérkezését követő hónaptól havonta 1990 Ft-ot átcsoportosítson.

Csatlakozni kívánok a Pajzs Szolidáris Alaphoz és a szűrésre előírt várakozási idő csökkentését választom. Kérem, hogy a Pajzs szolidáris alap 1990 Ft-os havi díját 24 hónapra előre, egy összegben (47 760 Ft) csoportosítsa át a pénztár, tekintve, hogy a komplex belgyógyászati szűrővizsgálatot és az ahhoz kapcsolódó gyógyszerterápiát az 1 éves várakozási idő nélkül kívánom igénybe venni. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a 24 hónapra előre történő átcsoportosítás elvégzése fedezethiány miatt nem lehetséges, úgy a pénztár a Pajzs Szolidáris Alap havi díját csoportosítja át, és a szolgáltatásokra az előírt várakozási idő után válok jogosulttá.

3. Nyilatkozatok

A szabad pénztárválasztás jogának ismeretében kijelentem, hogy tagja kívánok lenni a PRÉMIUM Egészségpénztárnak (továbbiakban: Egészségpénztár). Az Egészségpénztár Alapszabályát, mely a www.premiumpenzterek.hu oldalon elérhető, és a tagokra vonatkozó szabályokat, kötelezettségeket ismerem, magamra nézve kötelezően elfogadom. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valósággal egyezők. Hozzájárulok, hogy személyes adataimat az Egészségpénztár tevékenysége keretében felhasználja. Kötelezettséget vállalok arra, hogy az előzőekben megadott adatok változását 5 napon belül az Egészségpénztárnak írásban bejelentem. Tudomásul veszem, hogy az ennek elmulasztásából eredő károkért az Egészségpénztár nem tartozik felelősséggel.

4. Azonosítási nyilatkozat

A pénzmosás és a terrorizmus megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény alapján büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár felé tett nyilatkozatot saját nevemben teljesítettem.

5. Aláírás (A kitöltés kötelező!)

Kelt _____

Belépő saját kezű aláírása _____

Az alábbi adatmezőket az üzletkötő töltsi ki!

(A kitöltés kötelező!)

Alulírott üzletkötő igazolom, hogy a Belépőnek a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény alapján történő azonosítását elvégeztem. A pénztárba Belépő jelen Belépési nyilatkozatban közölt adatai az azonosító okmányban foglaltaknak megfelelőek.

Tagszervező: Financial Point 80221

Üzletkötő neve _____

Üzletkötő kódja _____

Kelt _____

Üzletkötő aláírása _____