

**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](http://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 \_\_\_\_\_



# Nyilatkozat

Alulírott ..... nevű és ..... lakcímű, valamint ..... adószámú Pénztártag nyilatkozom, hogy az egyéni befizetéseimet a továbbiakban az Inlernet Worldwide AG nevű és CH-8832 Wollerau, Roosstrasse 53. székhelyű társaságon keresztül illetve annak online-utalványának igénybevétele mellett kívánom rendezni, amely társaság nem minősül az Öpt. 12. § (1) szerinti munkáltatói tagnak.

Kifejezetten nyilatkozom, hogy a fenti cég által a Prémium Egészségpénztár számára elutalt összegek a Pénztár részére az én egyéni befizetéseimnek minősülnek, így adózott jövedelmem részét képezik, és ezek után adójóváírásra vagyok jogosult.

Jelen nyilatkozat aláírásával a megfelelő adatkezelési tájékoztatást követően önkéntes és befolyás mentes hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy személyi adataimat a fentiekben meghatározott társaság a Prémium Egészségpénztár részére az egyéni befizetésem azonosítása céljából átadja, kezelje.

Nyilatkozatom visszavonásig érvényes.

Kelt, .....

.....

Aláírás