



**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 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: _____ Közterület jellege: _____

Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

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

Irányítószám: _____ Település: _____

Közterület: _____ Közterület jellege: _____

Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ 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 Személyazonosító okmány érvényessége*: _____

2.13 Lakcímkártya száma* _____

2.14 Bankszámlaszám _____

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

2.15 Telefonszám _____

2.16 E-mail cím _____

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

nem vagyok tagja. tagja vagyok.

** 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 tölti 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 egyszerűsített eljárás keretében elvégeztem. A pénztárba Belépő jelen Belépési nyilatkozatban közölt adatai az azonosító okmányban foglaltaknak megfelelnek.

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