

EP 001 BELÉPÉSI NYILATKOZAT

1 PRÉMIUM Egészségpénztár adatai

Bankszámlaszám: 12001008-01978950-00100006, Raiffeisen Bank Zrt. Pénztár tevékenységi engedély száma: PSZÁF/IV/294/2002, E 381, Pénztár adószáma: 18177734-2-41

2 Pénztártag adatai (A *-al jelölt mezők kitöltése kötelező. Kérjük, NYOMTATOTT BETŰKKEL töltsse ki!)

Név* (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): _____

Születési név*: _____ Neme*: férfi nő

Születési hely*: _____ Születési dátum*: _____

Anyja születési neve*: _____

Adóazonosító jel*: _____ TAJ szám: _____

Állampolgárság*: magyar egyéb: _____

Állandó lakcím* Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____

Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

Levelezési cím* Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____

Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

Mobiltelefonszám: _____ E-mail cím: _____

EH03 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.

Egyben kérem, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elsősorban a digitális államról és a digitális szolgáltatások egyes szabályairól szóló 2023. CIII. 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.premiumesegszegpenztar.hu) tekinthetem meg. Kötelezettséget vállalok 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 elérhetőségeim 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.

Személyazonosító okmány típusa* (Kérjük, csak egyet jelöljön meg!)

Személyazonosító igazolvány Vezetői engedély Útleveél Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány

Személyazonosító okmány száma*: _____

Lakcímkártya száma*: _____ Nem rendelkezem lakcímkártyával

Bankszámlaszám (A bankszámlaszám megadására az elszámloltatni kívánt készpénzes számlák ellenértékének átutalásához van szükség)

3 Átlépés más pénztárból a PRÉMIUM Egészségpénztárba

Nyilatkozom, hogy át kívánok lépni a PRÉMIUM Egészségpénztárba az alábbi átadó pénztárból. Felhatalmazom a PRÉMIUM Egészségpénztárat, hogy helyettem és nevemben az átlépéssel kapcsolatos ügyben eljárjon, ezzel összefüggésben adataimat kezelje. Kérem, hogy a megnevezett pénztár a tagsági jogviszonyomat szüntesse meg, és az egyéni számlámon lévő összeget a PRÉMIUM Egészségpénztárba utalja át.

Előző pénztár neve: _____

4 Nyilatkozatok

A szabad pénztárválasztás jogának ismeretében kijelentem, hogy tagja kívánok lenni a PRÉMIUM Egészségpénztárnak. A pénztár Alapszabályát, a tagokra vonatkozó szabályokat, kötelezettségeket megismertem és magamra nézve kötelezően elfogadom. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valósággal egyezők. Hozzájárulok, hogy személyes adataimat a pénztár az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. számú törvény (Öpt.) által meghatározott tevékenysége keretében kezelje és felhasználja. Kötelezettséget vállalok arra, hogy az előzőekben megadott adatok változását 5 napon belül a pénztárnak bejelentem. Tudomásul veszem, hogy az ennek elmulasztásából eredő károkért a pénztár nem tartozik felelősséggel.

Tudomásul veszem, hogy a pénztártagság létesítésével egyben a pénztár PRÉMIUM Védőháló Szolidáris Alapjához is csatlakozom. (A részletes tájékoztatást kérjük, keresse fel honlapunkat.)

Hozzájárulok, hogy a Pénztár a TAJ számom a Védőháló szolgáltatáscsomag egészségbiztosítási szolgáltatásainak biztosítása érdekében hozzájárulásom visszavonásáig nyilvántartásában rögzítse és kezelje.

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. Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulás visszavonása bizonyos esetekben szolgáltatásokhoz való hozzáférésemben akadályt jelenthet.

A pénztár a pénztártag által átadott, illetőleg bármilyen módon (ideértve a tagnak az egészségpénztárhoz benyújtott dokumentumokon, igazolásokon, nyomtatványokon feltüntetett, továbbá bármely egyéb formában) rendelkezésére bocsátott személyes adatokat az Öpt. szerinti pénztártitok, az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény („Infotv.”) és az Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 rendelete („GDPR”) előírásaival összhangban, a pénztári szolgáltatások nyújtása, kapcsolattartás, valamint egyéb jogszabályon alapuló adatkezelési kötelezettség teljesítése céljából kezeli.

Tudomásul veszem, hogy a pénztár mindenkor hatályos Alapszabályát a pénztár honlapján érhetem el.

Nyilatkozat más pénztárban fennálló tagságról

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, a taggá válásomban közreműködő tagszervező és a Pénztár részére, hogy a Pénztárba történő belépésem időpontjában más azonos típusú pénztárnak – egészségpénztár, önszegélyező pénztár, egészség- és önszegélyező pénztár

- tagja vagyok nem vagyok tagja.

EP 001 BELÉPÉSI NYILATKOZAT

AZONOSÍTÁSI NYILATKOZAT

Az azonosítási nyilatkozat kitöltése és aláírása kötelező!

A pénzmossás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 7. §, 8. §, 9/A. § alapján alulírott, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a lenti adatok megfelelnek a valóságnak és az ügyleti megbízást a Prémium Egészségpénztár felé a saját nevemben teljesítem.

5 KÖZSZEREPLŐI NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy **nem vagyok közszereplő.**

Kijelentem, hogy **közszereplő vagyok:**

Kijelentem, hogy az alábbi fontos közfeladatot ellátó személy vagyok (Kiemelt közszereplő az, aki a jelen nyilatkozat megtételét megelőzően legalább egy éven belül fontos közfeladatot látott el.):

- a) az államfő, a kormányfő, a miniszter, a miniszterhelyettes, az államtitkár, Magyarországon az államfő, a miniszterelnök, a miniszter és az államtitkár,
- b) az országgyűlési képviselő vagy a hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon az országgyűlési képviselő és a nemzetiségi szószóló,
- c) a politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon a politikai párt vezető testületének tagja és tisztségviselője,
- d) a legfelsőbb bíróság, az alkotmánybíróság és olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon az Alkotmánybíróság, az ítéltábla és a Kúria tagja,
- e) a számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvevőszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja,
- f) a nagykövet, az ügyvivő és a fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon a rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, valamint a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei,
- g) többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon a többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,
- h) nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja, vagy ezzel egyenértékű feladatot ellátó személy

Kijelentem, hogy házastársam élettársam vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermekem, vagy a házastársuk / élettársuk vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülőm közszereplő

Kijelentem, hogy **kiemelt közszereplőhöz közel álló személy vagyok** (Ha ezt a választ jelölte meg, kérjük válasszon az alábbi lehetőségek közül is!)

- A kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagyok, vagy vele szorosan üzleti kapcsolatban állok
- Egyszemélyes tulajdonosa vagyok olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre.

Amennyiben Ön közszereplő, vagy a hozzátartozója közszereplő, vagy közszereplőhöz közel álló személy akkor kötelező nyilatkoznia a pénzeszközök forrásáról. Kérjük töltsse ki az EP002 Közszereplői nyilatkozat a pénzeszközök forrásáról című nyomtatványt.

Kérjük csatolni a személyazonosító okmány (személyazonosító igazolvány / vezetői engedély / útleve) és a lakcímkártya, vagy tartózkodási engedély másolatát. Ezen dokumentumok hiányában az azonosítás érvénytelen, a Pénztár nem nyújthat szolgáltatást!

6 Aláírás

Kelt: _____ Dátum: _____

Belépő saját kezű aláírása
Figyelem, aláírás nélkül érvénytelen!

7 Tagszervező aláírása (Az alábbi adatmezőket az üzletkötő tölti ki!)

Üzletkötő neve: _____

Üzletkötő kódja: _____

Település: _____ Dátum: _____

Üzletkötő aláírása

EP 001 BELÉPÉSI NYILATKOZAT – MELLÉKLET

A Melléklet kizárólag a Belépési nyilatkozattal, valamint aláírással együtt érvényes. A Melléklet kitöltése nem kötelező.

1 Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó és haláleseti kedvezményezett jelölése

Itt tüntetheti fel azon személyek adatait, akik az Ön jogán jogosultak egyéni számlája terhére szolgáltatást igényelni a pénztártól, valamint itt nevezheti meg a haláleseti kedvezményezett(ek)et. (Igénylés esetén a lenti adatok megadása kötelező.)

Megjelölt személy Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó Haláleseti kedvezményezett Mindkettő



Név: _____ **Neme:** Férfi Nő **Kedvezményezetti arány:** _____ %

Születési név **Születési hely, dátum** **Anyja neve**

Állandó lakcím* Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____

Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

Hozzá tartozói minőség (Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó esetén kötelező a megadása!) Házastárs Élettárs

Szülő, örökbefogadó-, mostoha- vagy nevelőszülő Gyermekek, örökbefogadott-, mostoha- vagy nevelt gyermek

Nagyszülő Unoka Testvér



Megjelölt személy Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó Haláleseti kedvezményezett Mindkettő

Név: _____ **Neme:** Férfi Nő **Kedvezményezetti arány:** _____ %

Születési név **Születési hely, dátum** **Anyja neve**

Állandó lakcím* Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____

Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

Hozzá tartozói minőség (Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó esetén kötelező a megadása!) Házastárs Élettárs

Szülő, örökbefogadó-, mostoha- vagy nevelőszülő Gyermekek, örökbefogadott-, mostoha- vagy nevelt gyermek

Nagyszülő Unoka Testvér

Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatásra regisztrált közeli hozzátartozó, kedvezményezett általam közölt személyes adatait a Pénztár az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. számú törvény (Öpt.) szerint kezeli, rögzíti. A Pénztár a Pénztártag által a közeli hozzátartozókról, kedvezményezettekről szolgáltatott személyes adatokat, kizárólag a szolgáltatás teljesítése céljából a célhoz szükséges mértékben és ideig kezeli és ezen adatokat kizárólag ezzel kapcsolatban használja fel a GDPR 6. cikk (1) b) pontja alapján. A Pénztártag felelőssége, hogy a személyes adatok Pénztár felé történő közlésére az érintettek előzetes tájékoztatását és kifejezett hozzájárulását követően kerül sor. Pénztártag kötelessége, hogy ezen hozzájáruló nyilatkozatokat a Pénztár ezirányú kérése esetén rendelkezésre bocsássa.

2 Aláírás

Dátum: _____

Belépő saját kezű aláírása

Figyelem! A Mellékleten szereplő nyilatkozatok aláírás nélkül nem érvényesek!

Tájékoztatjuk, hogy jelen nyilatkozatok bármikor módosíthatóak, vagy visszavonhatóak az egészségpénztár címére (1426 Budapest, Pf.: 512) postai úton megküldött levél útján.