

Záradékolás dátuma  Pénztári azonosító

## BELÉPŐ TAG ADATAI

Név

Születési név  Neme  Nő  Férfi

Születési hely  Születési idő

Anyja születési neve  Állampolgárság

Adóazonosító jel  TAJ szám

Állandó lakcím

Levelezési cím

Bankszámlaszám

Telefonszám  Email cím

Személyi igazolvány száma és betűjele

Személyi igazolvány érvényességének vége

Lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma

## MUNKÁLTATÓ ADATAI - kizárólag munkáltatói tagdíjfizetés vagy adomány esetén szükséges kitölteni

Munkáltató neve

Munkáltató címe

## KEDVEZMÉNYEZETT ADATAI

Név

Születési név

Születési hely

Születési idő

Anyja születési neve

Állandó lakcím

Állampolgárság  Öröklési arány

Szolgáltatásra jogosult\*  Igen  Nem  Hozzá tartozói jelleg\*

\*Szolgáltatásra jogosult kedvezményezett a pénztártag közeli hozzátartozója és élettársa lehet. Kérjük adja meg a szolgáltatásra jogosult hozzátartozói jellegét: házastárs, élettárs, nagyszülő, szülő (örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülő is), gyermek (örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek is), testvér, unoka.

## TAGDÍJ

Egyéni tagdíj összege  Gyakoriság: éves  féléves  negyedéves  havi

Munkáltatói tagdíj összege  Módja: átutalás  inkasszó  online  munkáltatói

## HOL HALLOTT AZ IZYS-RŐL

Interneten  Egyéb

## NYILATKOZATOK

Kijelentem, hogy tag vagyok más egészség- és önszegélyező pénztárban.  Igen  Nem

Kijelentem, hogy kiemelt közszereplő vagy ilyen személy közeli hozzátartozója vagyok, vagy közeli kapcsolatban állok vele.  Igen  Nem

## ŐRANGYAL NYILATKOZAT

Az Őrangyal közösségi szolgáltatás, olyan biztosítási elven működő pénztári szolgáltatás, amely az egyéni számla egyenlegétől függetlenül tesz lehetővé nagyobb összegű kifizetéseket, ha olyan élethelyzet alakul ki.

Tudomásul veszem, hogy az Őrangyal közösségi szolgáltatás nem minősül a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) hatálya alá tartozó biztosításnak, és az IZYS Egészség- és Önszegélyező Pénztár nem tartozik a Bit. hatálya alá tartozó intézmények közé.

Az Őrangyal szolgáltatásokra való jogosultsághoz rendszeres tagdíjfizetés szükséges. A tagdíj legkisebb mértékét az Alapszabály határozza meg.

Az Őrangyal szolgáltatás díja 395 Ft / hó / Pénztártag vagy Őrangyal szolgáltatásra jogosult kedvezményezett.

Csatlakozni kívánok az Őrangyal szolgáltatások alapjához.

Igen

Nem

## SZŰRŐVIZSGÁLAT NYILATKOZAT

Válasszon a Pénztár kedvező díjú szűrővizsgálati csomagjai közül, a csomag díjának árát tartalmazó rubrika bejelölésével.

Nem kérek szűrővizsgálatot	Kétévente (Ft/hó)	Évente (Ft/hó)	Azonnal (Ft)
Szűrővizsgálat	<input type="checkbox"/> 1.999	<input type="checkbox"/> 3.998	<input type="checkbox"/> 48.000
Emelt szintű szűrővizsgálat	<input type="checkbox"/> 2.900	<input type="checkbox"/> 5.800	<input type="checkbox"/> 69.000

A bejelöléssel felhatalmazom a Pénztárt, hogy a választott szűrővizsgálat közösségi tartalék díját a választott gyakoriságnak megfelelően az egyéni számlámról vagy a célzott egészségpénztári támogatásból a közösségi számla javára átcsoportosítsa.

Amennyiben egyik szűrővizsgálati csomagot sem jelöli meg, azt a Pénztár úgy értelmezi, hogy nem kívánja egyiket sem igénybe venni.

## NETPÉNTTÁR, E-OKIRAT ÉS HÍRLEVÉL NYILATKOZAT - 2 tanú általi aláírás szükséges a netpénztári nyilatkozat érvényességéhez

A netpénztár igénylésével elfogadom, hogy az IZYS Egészség- és Önszegélyező Pénztár dokumentumokat, igazolásokat, nyilatkozatokat és tájékoztatást kizárólag e-iratként az email címemre küldjön.

Alulírott önként, a szükséges tájékoztatás birtokában hozzájárulok ahhoz, hogy ezen adataimat a Pénztár kezelje, és részemre az általam megadott e-mail címre reklám- és marketinganyagokat küldjön.

Jelen nyilatkozatomat bármikor írásban visszavonhatom.

## TAGSÁGI FELTÉTELEK ELFOGADÁSA

Alulírott kijelentem, hogy az IZYS Egészség- és Önszegélyező Pénztár tagja kívánok lenni, az Alapszabályt, a Szolgáltatási Szabályzatot és a Közösségi Szolgáltatások Szabályzatát megismertem, annak rendelkezéseit magamra kötelezőnek fogadom el. Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, továbbá hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat az IZYS Egészség- és Önszegélyező Pénztár és szerződött partnerei a jogszabályoknak megfelelő módon nyilvántartsák és kezeljék.

Tudomással rendelkezem arról, hogy a közölt adataimban bekövetkezett változásról 5 munkanapon belül köteles vagyok tájékoztatni az IZYS Egészség- és Önszegélyező Pénztárt.

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy saját nevemben járok el.

Dátum

Aláírás

## TANÚK - a netpénztári és elektronikus ügyintézés nyilatkozathoz két tanú aláírása és adatai szükségesek

Előttünk, mint tanúk előtt

Aláírás

Aláírás

Név

Név

Cím

Cím

## AZONOSÍTÁS

Alulírott kijelentem, hogy az IZYS Egészség- és Önszegélyező Pénztárba belépő személyt azonosítottam, az ügyfél az átvilágításhoz személyesen megjelent. A belépési nyilatkozaton közölt adatai az azonosító okmányokban szereplő adatokkal megegyeznek, valamint az okmányok a bemutatás napján érvényesek.

Kelt

Tanácsadó kódja

Tanácsadó vagy azonosító neve / munkahelye

Tanácsadó vagy azonosító aláírása