



BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Tagsági okirat száma:

Név: Leánykori név:
 Születési dátum: Születési hely:
 Anyja neve: Állampolgársága: Neme: Férfi Nő
 Állandó lakcím:
 Levelezési cím:
 Lakás tel.: Munkahelyi tel.: Mobil: E-mail:
 Adóazonosító jel: Azonosító okmány típusa: száma:
 Bankszámlaszám: - -

Munkáltató neve: Telephely:
 Munkáltató címe: Tel.:

TAGDÍJVÁLLALÁSI NYILATKOZAT

Munk. Keresztül teljesített tagdíjfizetés	Munkáltatói hozzájárulás: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ft/hó, vagy A tag havi keresetének <input type="text"/> <input type="text"/> %-a és/vagy	Egyénileg teljesített tagdíjfizetés esetén:
	Egyénileg vállalt tagdíj: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ft/hó	Egyénileg vállalt tagdíj: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ft / hó

ÁTLÉPÉS (ha más pénztárból kíván átlépni, kérjük, töltsse ki ezt a részt!)

Átadó pénztár neve:
 Címe:

SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT KEDVEZMÉNYEZETT JELÖLÉS (További kedvezményezett jelölés nyilatkozaton. Pótlap száma db.)

1) Név: Leánykori név:
 Anyja neve: Születési dátum: Szül.hely:
 Állandó lakcím:
 Levelezési cím: Hozzártartozói jelleg:
 Adóazonosító jel: Azonosító okmány típusa: száma:

2) Név: Leánykori név:
 Anyja neve: Születési dátum: Szül.hely:
 Állandó lakcím:
 Levelezési cím: Hozzártartozói jelleg:
 Adóazonosító jel: Azonosító okmány típusa: száma:

Alulírott kijelentem, hogy a K&H Medicina Egészségpénztár (továbbiakban KHM) tagjává kívánok válni. A K&H Medicina Egészségpénztár Alapszabályát, és Szolgáltatási Szabályzatát a jelen belépési nyilatkozatom aláírása előtt megismertem és az azokban foglaltakat tudomásul veszem. Kijelentem, hogy az alapszabályban foglaltakat maradéktalanul elfogadom.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a jelen Belépési Nyilatkozatban közölt adataim a valóságnak megfelelnek, az egyéni és szolgáltatási számlámon kezelt pénzüsszeg tényleges tulajdonosa én vagyok.

Hozzájárulok ahhoz, és tudomásul veszem hogy személyes adataimat a KHM, illetőleg a KHM-al kapcsolatban álló tagszervezésre jogosult, és szerződött ügynöke kezelje, azaz a számítógépes nyilvántartásába bekerüljenek és azokat a KHM a tevékenysége folytatásával összefüggésben tagsági jogviszonyom fennállása alatt és azt követően még 10 évig kezelje.

Hozzájárulok továbbá, hogy a KHM működtetése érdekében a KHM a pénztári tevékenység körében számára szolgáltatást végző társaságnak, a K&H Csoportszolgáltató Központ Kft-nek (továbbiakban KHCSK), valamint a KHCSK a tulajdonosaként jegyzett K&H Bank Nyrt-nek, illetve a pénztári adminisztráció során velük szerződésben álló adatfeldolgozók részére a feladatai ellátásához szükséges mértékben a pénztártitoknál minősülő személyes és portfólió adataimat átadja és a KHCSK a feladatai ellátásához szükséges mértékben az így megkapott adatokat kezelje. A KHM, a KHCSK, és a K&H Bank Nyrt. Pénztárszolgáltatás és egyéb kiegészítő tevékenységek során igénybe vett adatfeldolgozók részletes listáját a KHM mindenkor hirdetménye, és honlapja tartalmazza. A KHM mindenkor hirdetménye a K&H Bank Nyrt. Bankfiókjaiban kerül kifüggesztésre. Tudomásal bírok arról, hogy a KHM és a KHCSK az adataimat a tőlük elvárható legnagyobb gondossággal kezelik, azokat az én előzetes, kifejezett írásbeli hozzájárulásom nélkül nem hozzák további 3. személyek tudomására. Tudomásal bírok arról, hogy az irányadó, mindenkor hatályban lévő jogszabályok keretei között, illetőleg az e jogszabályokban írt korlátozásokkal, tájékoztatást kérhetek a KHM és a KHCSK által nyilvántartott adatok kezeléséről, betekinthelek az adatvédelmi nyilvántartásba (az abban foglaltakról feljegyzést készíthetek és kivonatot kérhetek), valamint az adataim helyesbítését, törlését kérhetem, és amennyiben az adataim kezelését sérelmesnek tartom, tiltakozhatok azok kezelése ellen, a KHM és a KHCSK belső adatvédelmi felelősénél (levélben a 1126 Bp. Böszörményi út 24/B, illetve telefonon a 061-248-2270 számon), valamint az adatvédelmi biztoshoz fordulhatok, vagy bírósági eljárást kezdeményezhetek. A jelen Belépési Nyilatkozatban feltüntetett adatokban bekövetkezett változásokról, beleértve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkezett változásokat is, a KHM-t haladéktalanul, de legkésőbb a változásról való tudomásszerzéstől számított 5 (öt) munkanapon belül értesítem. A kedvezményezett jelölés és a pénztártitoknak minősülő személyes és portfólió adatok átadása a KHCSK-nak csak közokiratban, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban teljesíthető. A jelen nyilatkozat csak és kizárólag akkor érvényes, ha a pénztártag aláírását két okirati tanú hitelesíti, vagy a jelen nyilatkozatot közjegyző előtt közokiratba foglalták.

....., év.....hó.....nap

Pénztártag aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt: Tanú 1:

Tanú 2:

Lakcím:

Lakcím:

EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI KÁRTYA IGÉNYLÉS

Kártya jellege: Főkártya	Vásárlási limit:
Kártyán szereplő név (max. 20 betű): <input type="text"/>	

Kártya jellege: Társkártya	Kártyán szereplő név (max. 20 betű): <input type="text"/>
Név:	Leánykori név:
Anyja neve:	Születési dátum, hely: <input type="text"/>
Állandó lakcím: <input type="text"/>
Levelezési cím: <input type="text"/>
Adóazonosító jel: <input type="text"/>	Azonosító okmány típusa: száma:
Vásárlási limit:	A társkártya igénylő személy szolgáltatásra jogosult kedvezményezettként nyilvántartásban kerül!

Kártyaigénnyelssel kapcsolatos egyéb rendelkezések

- A Tag / Társkártya-birtokos tudomásul veszi, hogy jelen nyomtatványon szereplő aláírása aláírás mintául szolgál és vállalja, hogy az egészségpénztári kártyát és a kártya használata során keletkezett bizonylatokat ezen aláírással megegyezően fogja aláírni.
- A Tag tudomásul veszi, hogy jelen igénylés aláírása részéről szerződéskötési ajánlatnak minősül, melynek az Egészségpénztár általi elfogadásával/aláírásával a Felek között egészségpénztári kártya szerződés jön létre.
- A Tag / Társkártya-birtokos kijelenti, az általa közölt adatok a valóságnak megfelelnek és az azokban bekövetkező változást haladéktalanul közli az Egészségpénztárral.
- Az Egészségpénztár a Tag részére a kártyát az Alapszabályban és az Egészségpénztári kártyára vonatkozó Általános Szerződési Feltételekben meghatározottak, valamint az Egészségpénztár szolgáltatásainak ellenértékéről, illetve a szolgáltatásra vonatkozó egyéb feltételekről szóló vonatkozó Hirdetményben foglaltak szerint nyújtja, mely feltételekkel kapcsolatosan a Tag és a Társkártyabirtokos kijelenti, hogy azok tartalmát megismerte, s az abban foglaltakat magára nézve kötelezőnek ismeri el.
- A tag hozzájárul ahhoz, hogy a Kereskedelmi és Hitelbank Nyrt., mint a K&H Medicina Egészségpénztári kártya elfogadója, jelen szerződés megszűnése után 5 évig a Tagnak a szerződéssel kapcsolatos személyes adatait általános kockázatkezelési célból nyilvántartsa és kezelje.

....., év.....hó.....nap

.....
Pénztártag aláírása

.....
Társkártya birtokos aláírása (kedvezményezett)

TAGSZERVEZŐ BANKFIÓK KÓDJA ÉS NEVE:

TAGSZERVEZŐ KÓDJA ÉS NEVE:

ZÁRADÉK (A KHM képviselője tölti ki !)

A tagsági viszony kezdete:

Budapest,.....év.....hó.....nap

A belépési nyilatkozatot a K&H Medicina Egészségpénztár az alulírott napon és helyen elfogadta és ezen záradékkal ellátott példányát a tagnak tagsági okiratként átadta.

.....
aláírás, P.H.

ADATKEZELÉSI NYILATKOZAT

Hozzájárulok ahhoz, hogy a KHM illetve a KHCSK az ügyfél személyes és portfólió adataimat a K&H Bank számára átadja, és így a K&H Bank üzleti célú portfólió elemzéseket végezhesen és a kedvező ajánlatairól engem a jövőben tájékoztasson, és ennek érdekében velem a kapcsolatot fenntartsa, és a kapcsolat fenntartásához szükséges mértékű bank-, értékpapír-, biztosítási- vagy pénztártitoknak minősülő adataimat nyilvántartsa és kezelje. Az adatkezeléshez adott hozzájárulásomat a K&H Bank mindaddig folyamatosnak tekint, amíg adataim törlését – az irányadó, mindenkor hatályos jogszabályi rendelkezésekre tekintettel, az e jogszabályokban foglalt korlátozások figyelembe vételével – kifejezetten nem kérem. A nyilvántartott adataim helyesbítését, törlését kérhetem a K&H Bank bármely bankfiókjában. Tudomással bírok arról, hogy az irányadó, mindenkor hatályban lévő jogszabályok keretei között, illetőleg az e jogszabályokban írt korlátozásokkal, tájékoztatást kérhetek a K&H Bank által nyilvántartott adataim kezeléséről, betekinthelek az adatvédelmi nyilvántartásba (az abban foglaltakról feljegyzést készíthetek és kivonatot kérhetek), valamint az adataim helyesbítését, törlését kérhetem, és amennyiben adataim kezelését sérelmesnek tartom, tiltakozhatok azok kezelése ellen, a K&H Bank belső adatvédelmi felelőséhez, valamint az adatvédelmi biztoshoz fordulhatok, vagy bírósági eljárást kezdeményezhetek. Tudomással bírok arról, hogy a K&H Bank a személyes adatokat a tőle elvárható legnagyobb gondossággal kezeli, azokat az én előzetes, kifejezett írásbeli hozzájárulásom nélkül nem hozza 3. személyek tudomására.

A K&H Bank adatvédelmi nyilvántartási száma: 00465; belső adatvédelmi felelős elérhetősége: 1074 Bp., Dohány u. 98. Tel.: 461-4300

(A személyes adatok átadása a K&H Banknak csak közokiratban, vagy teljes bizonyítóerejű magánokiratban teljesíthető. A jelen nyilatkozat csak és kizárólag akkor érvényes, ha a pénztártag aláírását két okirati tanú hitelesíti, vagy a jelen nyilatkozatot közjegyző előtt közokiratba foglalták.)

....., év.....hó.....nap

.....
Pénztártag aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt: Tanú 1:

Tanú 2:

Lakcím:

Lakcím: