



Pénztártag-azonosítószám/*Fund Member ID*: [] [] [] [] [] [] [] [] Tagszervezői kód/*Member recruiter's code*: [] [] [] [] [] [] [] [] PEP2024/01/T/04/ENG
A Pénztár/Tagszervező/Gyógyszerstár tölti ki /*To be completed by the Fund/Member recruiter/Pharmacy*

I. A PÉNZTÁRTAGRA VONATKOZÓ ÁLTALÁNOS ADATOK/FUND MEMBER'S GENERAL DETAILS (Az adatokat kérjük, nyomtatott nagybetűkkel töltsé ki!/Please fill in the details in block capitals.)

Név/Name (a kártyán feltüntetésre kerülő név/name to be shown on the card)	Állampolgárság/Citizenship

Születési név/Name at birth

Születési hely, idő/*Place and date of birth*

Anyja leánykori neve/Mother's maiden name	TAJ szám/Social insurance No

Adóazonosító jel/Tax identification No										Telefonszám/Phone										E-mail									
										(+36)																			

Állandó lakcím/ <i>Permanent address</i> (irányítószám, város, utca, házszám/ <i>postcode, city, street and street number</i>)	

[illegible]

(Kérjük jelölje X-szel a megfelelő okmányt és a jelölt okmány alatt tüntesse fel az okmány számát, az adatok kitöltése kötelező!/*Please indicate the appropriate document with an X and enter the document number under the document indicated. It is mandatory to enter these details.*)

Azonosító okmány típusa/ <i>Type of identification document</i>	Személyazonosító igazolvány/ <i>ID card</i>	Lakcímgazolvány / <i>Address card</i>	Vezetői engedély/ <i>Driving licence</i>	Útleveél/ <i>Passport</i>	Egyéb/ <i>Other:</i>
Száma/ <i>No</i>					

Kérjük jelölje X-szel a megfelelőt/*Please mark the appropriate alternative with an X*

Kijelentem, hogy sem kiemelt közszereplő, sem annak közeli hozzátartozója nem vagyok./*Declare that I am not a politically exposed person or I am not close relative of politically exposed person.*

Kijelentem, hogy kiemelt közszereplő vagy annak közeli hozzátartozója vagyok és a szükséges nyomtatvány a belépési nyilatkozat mellékletét képezi./Declare that I am a politically exposed person or I am a close relative of politically exposed person, and the required form is attached to the entry declaration.

II. SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ MEGJELÖLÉSE/ DESIGNATION OF A CLOSE RELATIVE ENTITLED TO THE SERVICES (Az itt megjelölt személy az Ön egyéni számlájához kapcsolódóan igénybe veheti a pénztári szolgáltatásokat. Felhívjuk figyelmét, társkártya csak az itt megjelölt szolgáltatásra jogosult részére igényelhető. /The person specified here may use the services of the Fund in connection with your individual account. Please note that you can only apply for a supplementary card for the person entitled to the services specified here.)

Szolgáltatásra jogosult neve/ <i>Name of the person entitled to the services</i>	Állampolgárság/ <i>Citizenship</i>

Születési név/Name at birth

Születési hely, idő/Place and date of birth		Személyi igazolvány szám/ID card No					

[illegible]

Állandó lakcím/Állandó lakcím/Permanent address	

Rokonsági kapcsolata/Relationship (kérjük, jelölje x-szel a megfelelőt/*Please mark the appropriate alternative with an X.*)

- ☐ házastárs, élettárs/*spouse, cohabiting partner*
☐ testvér/*sibling*
☐ egyeneságbeli rokon/*lineal relative* (szülő, nagyszülő, dédszülő, illetve a gyermek, unoka, dédunoka/*parent, grandparent or great-grandparent or child, grandchild or great-grandchild*)
☐ örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek/*adoptive child, stepchild and foster child*
☐ örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő/*adoptive parent, stepparent and foster parent*

Nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy szolgáltatásra való jogosultság megszűnését 30 napon belül be kell jelentem a Pénztárnak és a bejelentés elmulasztásából eredő hátrányokért a Pénztár nem vállal felelősséget. /I declare that the above details are true and correct. I acknowledge that I have to notify the Fund of the termination of my entitlement to the services within 30 days and the Fund does not assume liability for any detriment arising from failure to notify.

III. TÁRSKÁRTYÁRA JOGOSULT KEDVEZMÉNYEZETT

Társkártyát a Ptk. által meghatározott közeli hozzátartozó: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér, valamint az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény (továbbiakban Pénztártörvény) alapján az élettárs számára lehet igényelni. Társkártyára csak a 14. életévét betöltött személy jogosult. Társkártya tulajdonosa a II. pontban megjelölt szolgáltatásra jogosult személy lehet. A társkártya díja kártyánként 2500 Ft.

BENEFICIARY ENTITLED TO A SUPPLEMENTARY CARD (If a supplementary card is applied for, it is mandatory to complete Section II.)

You may apply for a supplementary card for close relatives defined in the Civil Code: your spouse, lineal relative, adoptive child, stepchild and foster child, adoptive parent, stepparent and foster parent, and sibling as well as your cohabiting partner under Act XCVI of 1993 on Voluntary Mutual Insurance Funds (the 'Funds Act'). Only a person over the age of 14 is eligible for a supplementary card. A person entitled to the services and specified in Section II may be a supplementary card holder. The fee for the supplementary card is HUF 2,500 per card.

Társkártya tulajdonos neve/Supplementary card holder's name (a kártyán feltüntetésre kerülő név, kérjük, nyomtatott nagybetűkkel töltse ki/the name to be shown on the card, please complete in block capitals)

IV. HALÁLESETI KEDVEZMÉNYEZETT MEGJELÖLÉSE/DESIGNATION OF DEATH BENEFICIARY (Amennyiben eltér a törvényes örökös személyétől./If other than the lawful heir.)

1. kedvezményezett neve/Name of Beneficiary 1

Kedvezményezettség %-a/Percentage share held

1. kedvezményezett levelezési címe/Mailing address of Beneficiary 1

Születési ideje/Date of birth

2. kedvezményezett neve/Name of Beneficiary 2

Kedvezményezettség %-a/Percentage share held

2. kedvezményezett levelezési címe/Mailing address of Beneficiary 2

Születési ideje/Date of birth

V. A VÁLASZTOTT HAVI TAGDÍJ ÉS FIZETÉSÉNEK MÓDJA

A pénztári tagdíj fizetése történhet munkáltatói hozzájárulásból és egyénileg, vagy a két fizetési mód együttes alkalmazásával. Kérjük, jelölje meg a megfelelő díjfizetési módot! A pénztár Alapszabálya értelmében a tagdíj minimális összege 4000 Ft. Felhívjuk szíves figyelmét, az egészségpénztári kártya igénylése a pénztártag részére kötelező, és a belépési nyilatkozattal a pénztártag az igénylési kötelezettségének is eleget tesz. A kártya díja 3760 Ft, amelyet a belépést követően a pénztár a pénztártag egyéni számlájáról von le. Kérjük, gondoskodjon arról, hogy ez az összeg rendelkezésre álljon a számláján.

MONTHLY MEMBERSHIP FEE CHOSEN AND METHOD OF ITS PAYMENT

The fund membership fee may be paid from the employer's contribution and individually, either by using the two payment methods together. Please check the appropriate fee payment method. According to the Articles of Association of the Fund, the minimum amount of the monthly membership fee is HUF 4,000. Please note that applying for a health card is required. The entry declaration also fulfills the card application. The fee for the card is HUF 3,760 which is deducted from the individual account of the fund member. Please make sure this amount is available in your account.

☐ **EGYÉNILEG VÁLLALT HAVI TAGDÍJ/THE MONTHLY MEMBERSHIP FEE INDIVIDUALLY AGREED TO** (MINIMÁLIS HAVI TAGDÍJ 4 000 FORINT, A BEFIZETÉS UTÁN 20% ADÓKEDVEZMÉNY ÉRVÉNYESÍTHETŐ/THE MINIMUM MONTHLY MEMBERSHIP FEE IS HUF 4,000 AND A 20% TAX ALLOWANCE MAY APPLY TO PAYMENTS)

A minimális tagdíj vagy a munkáltatói befizetés felett vállalt havi befizetés összege/The amount of the monthly payment agreed over the minimum membership fee or your employer's payment:

HUF

Fizetésének módja/Method of payment (Csoportos beszedési megbízás, vagy banki utalás választása esetén bankszámlaszám megadása kötelező!./If you choose direct debit order or bank transfer, you must enter a bank account number.)

☐ Csoportos beszedési megbízás/Direct debit order (a lakossági folyószámla vezető bank megbízásával, a Patikapénztár azonosítószáma: A18238949/given to the bank managing the retail current account, ID number of the Patika Fund: A18238949)

☐ Banki utalás, bankkártyával vagy állandó banki átutalási megbízás/Bank transfer with a bank card or standing bank transfer order (a lakossági folyószámla vezető bank megbízásával/given to the bank managing the retail current account)

A lakossági bankszámla száma/ Retail bank account No:

☐ Postai utalvány /Postal order (csekke/cheque)

☐ Egyéni befizetés munkabérből levonva munkáltatón keresztül/ Individual payment deducted from your salary through the employer

A havi tagdíj fizetés gyakorisága/Frequency of monthly membership fee payments:

☐ Havi/Monthly ☐ Negyedéves/Quarterly (előre/in advance) ☐ Féléves/Biannual (előre/in advance) ☐ Éves/Annual (előre/in advance)

☐ **MUNKÁLTATÓI HOZZÁJÁRULÁS/EMPLOYER'S CONTRIBUTION**

Amennyiben Ön munkáltatója révén jogosult önkéntes egészségpénztári hozzájárulásra, és annak folyósítását a jövőben a Patika Egészségpénztárba kéri, kérjük, adja meg az alábbi adatokat is./If you are eligible for voluntary health fund contribution through your employer and request that it be disbursed to the Patika Health Fund in the future, please also provide the following details:

Munkáltató megnevezése/
Name of employer:

Munkáltató bankszámla száma/
Bank account No of employer:

A munkáltatói hozzájárulás havi összege/
Monthly amount of the employer's contribution:

Ft/HUF

vagy a bruttó bér/
or ... % of the gross salary

A munkáltatói hozzájárulás Patika Egészségpénztárba történő folyósítás kezdete/
Start date of the disbursement of the employer's contribution to the Patika Health Fund

Alulírott kijelentem, hogy megismertem és elfogadom a www.patikapenztar.hu weboldalon található Patika Önkéntes Kölcsönös Egészség- és Önszegélyező Pénztár Alapszabályát, Kártyaszabályzatát, valamint Befektetési szabályzatát, és a Pénztár tagja kívánok lenni. Alulírott egyúttal kijelentem, hogy az Alapszabályt és a vonatkozó szabályzatokat, annak rendelkezéseit magamra nézve kötelezőnek ismerem el. Kötelezettséget válllok arra, hogy fizetem a belépési nyilatkozatban megjelölt tagdíjat. Alulírott nyilatkozom, hogy a Pénztár a Pénztártörvényben meghatározott szolgáltatásait a 2.§ (4) a) pontban megjelölt közeli hozzátartozóval és/vagy élettárral együttesen veszem igénybe. A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvénynek megfelelően kijelentem, hogy a pénztárnál a saját nevemben és érdekemben járok el. Tudomásul veszem, hogy az adataimban bekövetkező változásokat annak bekövetkeztétől számított 5 napon belül bejelentem és a bejelentés elmulasztásából eredő hátrányokért a Pénztár nem vállal felelősséget. Hozzájárulok ahhoz, hogy – személyes adataim kivéve – a Pénztár adataimat statisztikai célal feldolgozza. Alulírott kifejezetten hozzájárulok, hogy a Pénztár a mindenkor hatályos adatvédelmi szabályozás, így

I, the undersigned, declare that I have become familiar with and accept the Articles of Association, Card Policy and Investment Policy of the Patika Voluntary Mutual Health and Benefit Fund on the website www.patikapenztar.hu and I wish to become a member of the Fund. I, the undersigned, declare, at the same time, that I accept the Articles of Association and the relevant policies and recognise their provisions as binding upon myself. I undertake to pay the membership fee indicated in the statement of entry. I, the undersigned, declare that I will use the services of the Fund specified in the Funds Act together with my close relative and/or cohabiting partner indicated in Section 2(4)(a). I declare that in accordance with Act LIII of 2017 on the prevention and suppression of money laundering and the financing of terrorism I act on my own behalf and in my own interest in my relationship with the Fund. I acknowledge that I will notify any changes in my details within 5 days of their occurrence and the Fund does not assume liability for any detriment arising from failure to notify. I consent to the processing of my data by the Fund, except for my personal data, for statistical purposes. I, the undersigned, expressly consent to the processing of my personal data by the Fund in accordance with the provisions of

különösen az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény valamint az Európai Unió Általános Adatvédelmi Rendeletének (GDPR) előírásai szerint a személyes adataimat kezelje. A Pénztár a személyes adatokat a vonatkozó jogszabályi előírások alapján, az irányadó törvényekben szabott őrzési ideig tárolja és kezeli.

the data processing regulations, as in force, in particular, Act CXII of 2011 on informational self-determination and freedom of information and the General Data Protection Regulation of the European Union (G DPR). The Fund stores and processes the personal data on the basis of the applicable legal rules for the retention period prescribed by the governing laws.

☐ Hozzájárulok, hogy a Patika Egészségpénztár a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény alapján e-mailben tájékoztatást küldjön aktuális akcióiról, kedvezményeiről. / I consent to the provision of information by the Patika Health Fund about its current promotions and preferential terms by email under Act XLVIII of 2008 on the essential conditions of and certain restrictions on economic advertising activities.

Kelt/Date: Belépő saját kezű aláírása/The entrant's signature in their own hand:

A Patika Egészségpénztár záradékolása (A Pénztár tölti ki!)

Alulírott kijelentem, hogy a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben foglaltaknak megfelelően a Belépő személy azonosítása és az azonosításra szolgáló okmány érvényességének idejének ellenőrzése megtörtént. A jelen nyilatkozatban szereplő adatok az azonosító okmányban levő adatokkal megegyeznek.

Budapest,

Azonosítást végző személy saját kezű aláírása/Signature of the identifier in their own hand:

Verification clause added by the Patika Health Fund (To be completed by the Fund.)

I, the undersigned, declare that in accordance with the provisions of Act LIII of 2017 on the prevention and suppression of money laundering and the financing of terrorism the Entrant has been identified and the period of validity of the identification document has been verified. The details contained in this statement are identical with those contained in the identification document.

A belépési nyilatkozatot a Patika Egészségpénztár az alulírott napon és helyen elfogadta, és ezen záradékkal átadott példányát a tagnak tagsági okiratként megküldte.

The Patika Health Fund accepted the statement of entry at the date and place set forth below and has sent the copy delivered with this clause to the member as their membership document.

Budapest, Aláírás/Signature

USEFUL INFORMATION

IMPORTANT! What you need to take care of when you top up the supplementary card

Your account can be topped up in a comfortable and safe way from your home using your debit card on our website, via bank transfer, direct debit or incidental deposit to Patikapénztár's bank account managed by CIB Bank (10700024-02400406-51100005). For quick processing, please indicate your name, tax identification number (the '16-digit card number' or '8-digit member ID') in the comments section. Similarly to the direct debit, you can also set a standing order of online debit card deposits on our website, at the same time of a debit card payment.

Please forward one copy of the statement of entry completed and signed to our address (1022 Budapest, Bimbó út 18., Hungary or 1535 Budapest, Pf. 861, Hungary).

Mandatory attachment

Copy of an official document suitable for identification (personal identity card, driving licence, passport) and a copy of the official address card; please sign these copies.

When will your Patika card be ready?

We will forward our entry package within 30 days of receipt of your entry declaration and entry fee by post, which will contain the passport endorsed entry declaration and all information about the Patika Health Fund and required for using the services.

The figures are indicative and the operating costs are deducted in accordance with the Articles of Association, as in force. The current operating costs can be found on the website of the Patika Fund (www.patikapenztar.hu).