

Kedvezményezett rendelkezése (4,5 m Ft feletti kifizetés igénylésére)

(a Pénztártag halála esetén az egészség- és önszegélyező pénztári számla rá eső részéről)

A nyilatkozathoz kérjük, mellékelje személyi igazolványának fénymásolatát (szükséges a címét és az érvényességi időt tartalmazó oldal is). Új személyi igazolvány esetén kérjük, mellékelje a lakcímet igazoló hatósági igazolvány fénymásolatát is.

Az elhunyt Pénztártag adatai			
név:		anyja születési neve:	
születési hely, idő:		tagsági azonosító:	
A jogosult adatai			
jogosultság jogcíme:	<input type="checkbox"/> kedvezményezett <input type="checkbox"/> örökös		
név:		jogosultság aránya:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
születési név:		anyja születési neve:	
születési hely, idő:		állampolgárság:	
adóazonosító jel:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	taj szám:	
személyi ig. szám:		telefonszám:	
állandó lakcím:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
levelezési cím:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Alulírott, az elhunyt Pénztártag egyéni számlájának rám eső részéről a következőképpen rendelkezem			
1.) <input type="checkbox"/> egyösszegben felveszem			
<input type="checkbox"/> kérem átutalni az alábbi számlaszámra		számla-tulajdonos:	
számlavezető bank:		számlaszám:	
<input type="checkbox"/> kérem lakcímemre postázni			
2.) <input type="checkbox"/> saját nevemen továbbra is tartsák nyilván (Kérjük, vegye fel a kapcsolatot Pénztárunkkal!)			
3.) <input type="checkbox"/> kérem átutalását az alábbi önkéntes egészségpénztárnál vezetett egyéni számlámra*			
egészség-pénztár:		pénztári azonosító:	
4.) <input type="checkbox"/> kérem az elhunyt adóigazolását az alábbi névre és címre megküldeni szíveskedjenek			
név:			
cím:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Mellékletek			
<input type="checkbox"/> halotti anyakönyvi kivonat másolata			
<input type="checkbox"/> öröklés esetén jogerős közjegyzői hagyatékátadó végzés másolata			
<input type="checkbox"/> személyi igazolvány, lakcímkártya másolata			

*Kérjük, hogy belépési nyilatkozatának másolatát csatolja!

Kelt: _____

Kedvezményezett/örökös aláírása

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény az önkéntes kölcsönös biztosítópénztár részére kötelezően előírja

- a vele kapcsolatban álló ügyfelek **személyes azonosítását** az üzleti kapcsolat létesítésekor,
- az ügyfél és a tényleges tulajdonos személyazonosságának igazoló ellenőrzését legkésőbb az ügyfél vagy a kedvezményezett részére való szolgáltatás teljesítésekor, továbbá
- az ügyfél nyilatkozatát arról, hogy saját vagy tényleges tulajdonos nevében jár el, illetve kiemelt közszereplő-e.

Mindezekre tekintettel, **abban az esetben, ha az Ön személyes adatainak írásbeli rögzítése és személyazonosságának ellenőrzése eddig még nem történt meg**, kérjük Önt, hogy ennek érdekében szíveskedjék a mellékelt Azonosítási adatlap és Felhatalmazó nyilatkozat nyomtatványokkal személyesen felkeresni

- Ügyfélszolgálatunkat (1132 Budapest, Váci út 36-38.) vagy
- bármely Generali ügyfélszolgálatot, ahol személyes adatait a biztosító ügyintézője az Ön személyazonosságát igazoló okmánya alapján ellenőrzi, aláírásával igazolja és továbbítja a Pénztár részére.

A személyes azonosítás szükségességéről a Pénztár telefonos ügyfélszolgálatán érdeklődhet:
+36 (1) 452 5444

Felhatalmazó nyilatkozat

alulírott

lakcíme:

anyja születési neve:

születési helye: ideje:

mint a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár tagja (tagjának örököse/tagjának kedvezményezettje*), ezennel felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt.-t, hogy a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben – a továbbiakban Pmt. - előírt ügyfél-átvilágítás érdekében a jelen nyilatkozat mellékletét képező azonosítási adatlapon a Pmt. 7.§ (2) bekezdésében megjelölt adataimat rögzítse, az azonosítás során ellenőrzött dokumentumaimat lemásolja és a Pmt. 7-9.§-ai alapján igényelt adatokat és a dokumentumok másolatait a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár részére átadja.

Kelt: _____

Ügyfél aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. Tanú neve (nyomtatott betűkkel):

lakcíme:

aláírása:

2. Tanú neve (nyomtatott betűkkel):

lakcíme:

aláírása:

*a *-gal jelölt résznél a megfelelő megjelölés aláhúzendő*

AZONOSÍTÁSI ADATLAP

KIZÁRÓLAG A SZOLGÁLTATÓ TÖLTHETI KI! - A Pmt. 7. §-ban előírt kötelezettség végrehajtásához**Természetes személy adatai** (A megfelelő rubrikákba X-et kell tenni.)

tagsági azonosító:		<input type="checkbox"/> pénztártag	<input type="checkbox"/> kedvezményezett/örökös
családi és utónév:			
születési családi és utónév*:	<input type="checkbox"/> Rögzítésére a Pmt. 7.§ (3a) bekezdése alapján az ellenőrzés mellőzésével került sor.*		
egészségkártyára írt név (maximum 24 karakter):	<input type="text"/>		
állampolgárság*:	<input type="checkbox"/> magyar <input type="checkbox"/> egyéb: <input type="checkbox"/> Rögzítésére a Pmt. 7.§ (3a) bekezdése alapján az ellenőrzés mellőzésével került sor.*		
születési hely/ideje:	<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap		
anyja születési neve*:	<input type="checkbox"/> Rögzítésére a Pmt. 7.§ (3a) bekezdése alapján az ellenőrzés mellőzésével került sor.*		
lakóhely, annak hiányában tartózkodási hely:			
levelezési cím:			
azonosító okmány típusa:	<input type="checkbox"/> személyazonosító igazolvány <input type="checkbox"/> vezetői engedély	<input type="checkbox"/> útlevél <input type="checkbox"/> egyéb:	
azonosító okmány száma:			
okmány érvényességi idejének lejárt:			
lakcím-igazolvány száma:			

Pénztártag kiemelt közszereplő nyilatkozata

Kiemelt közszereplő vagyok.**	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója vagyok.** a kiemelt közszereplő családi és utóneve: a kiemelt közszereplő születési ideje:.....	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Kiemelt közszereplőhöz közel álló személy vagyok.** a kiemelt közszereplő családi és utóneve: a kiemelt közszereplő születési ideje:.....	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>

* Ha a személyazonosság igazoló ellenőrzése érdekében bemutatott okirat (pl. DÁP hitelesített dokumentum) ezt nem tartalmazza, az adatok ellenőrzése mellőzhető a Pmt. 7.§ (3a) bekezdése alapján.

** Amennyiben Ön érintett, úgy Kiemelt közszereplő nyilatkozat kitöltése is szükséges!

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy saját nevemben járok el, nincs a 2017. évi LIII. Törvény (Pmt.) szerinti tényleges tulajdonosom.

Tudomásom van arról, hogy 5 (öt) munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni a Pénztárnak a fenti adatokban, vagy saját adataimban bekövetkező esetleges változásokat és e kötelezettség elmulasztásából eredő kár engem terhel.

Ügyfél aláírása

Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár

Levelezési cím: 6701 Szeged, Pf. 921 · telefonos ügyfélszolgálat: +36 (1) 452 5444

Az átvilágítást végző személy adatai:

név:				
Generali Egészség- és Önsegélyező Pénztár				
<input type="checkbox"/> alkalmazottja	munkaköre:			
<input type="checkbox"/> megbízottja ¹	cég neve:	székhelye:		
<input type="checkbox"/> más szolgáltató ²	neve:	székhelye:		

A dokumentumok másolatait csatoltam.

Fizikai dokumentummásolatok helyett DÁP hitelesített dokumentum megküldve.

¹ Közvetítő

² Generali Biztosító ZRt., konzul, közjegyző stb.

Kelt: _____

az átvilágítást végző személy aláírása