

Tagviszony-módosító nyilatkozat (4,5 m Ft feletti kifizetés igénylésére)

A pénztártag azonosító adatai (Az adatok kitöltése kötelező!)	
név:	tagsági azonosító:
adóazonosító:	
e-mail cím:	
azonosító okmány típusa:	<input type="checkbox"/> személyazonosító igazolvány <input type="checkbox"/> útlevél <input type="checkbox"/> vezetői engedély <input type="checkbox"/> egyéb:
azonosító okmány száma:	
okmány érvényességi idejének lejártá:	
lakcím-igazolvány száma:	
Az alábbiak közül a megfelelő részt kérjük bejelölni.	
<input type="checkbox"/> átlépés másik pénztárba	
befogadó pénztár neve:	
befogadó pénztár címe:	
bankszámlaszáma:	
<input type="checkbox"/> tagviszony megszüntetése (kilépés)*	
Kérem a kilépéssel kapcsolatos költségek - kilépési díj (4000 Ft) és szja előleg - levonása után az egyéni számlámon fennmaradó összeget:	
<input type="checkbox"/> bankszámlára átutalni	bankszámlaszám: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> lakcímemre postázni	lakcím: <input type="text"/>

* *Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a kifizetett tőkerész egyéb jövedelemnek minősül az 1995. évi CXVII. (Szja.) törvény alapján.*

Tudomásul veszem, hogy ha a pénztárnál aktív lekötéssel rendelkezem, akkor a tagviszony megszüntetése során a lekötés feloldásra kerül és az ebből adódó következmények engem, mint Pénztártagot terhelnek. (1995. évi CXVII. Szja. törvény 44/A. §. (4) bekezdés).

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valósággal megegyezők.

Kelt: _____

Pénztártag 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 (nyomatott betűkkel):

lakcíme:

aláírása:

2. Tanú neve (nyomatott 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

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