

Nyilatkozat 2 éves pénztári lekötés felbontásáról (AHEOP-20)

CSAK EREDETI FORMÁBAN NYÚJTHATÓ BE.

PÉNZTÁRTAG ADATAI	A megadott adataimat kérem a pénztári nyilvántartással egyeztetni, eltérés esetén a jelen nyilatkozatban megadott adatokkal a nyilvántartásban lévő adatokat módosítani.
Név: _____	Tagsági azonosító szám: _____
TAJ szám: _____	Adóazonosító jel: _____
Születési hely, idő: _____	
Lakcím: _____	
Magyarországi értesítési cím: _____	
Telefonszám: _____	E-mail cím: _____@_____

Fent nevezett pénztártag jelen nyilatkozatban kérem az Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztárt, hogy az egyéni számlámon az alábbi dátummal és összegben 2 évre lekötött összeget felbontsa:

Lekötés dátuma:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Lekötés összege:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ft	azaz _____ Ft

Tudomásul veszem, hogy a felbontással a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény 44/A. § (4) bekezdése alapján a lekötött összeg után igénybevett adókedvezményt 20 %-kal növelten kell az adóévre vonatkozó személyi jövedelemadó bevallásban bevallanom, valamint a Nemzeti Adó- és Vámhivatal részére megfizetnem.

Tudomásul veszem, hogy az egyéni számlán történő lekötés idő előtti felbontása esetén 1.000 Ft eljárási költséget kell megfizetnem, melyet a Pénztár egyéni számlámról von le.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Pénztártag aláírása