

NYILATKOZAT 2 ÉVES PÉNZTÁRI LEKÖTÉS FELBONTÁSÁRÓL

AHEOP-20

Csak sajátkezű aláírással ellátva vagy hitelesített módon 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:	<input type="text"/>
Születési hely, idő:	<input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap
Tagsági azonosítószám:	<input type="text"/> Adóazonosító jel: <input type="text"/>
Lakcím:	<input type="text"/>
Magyarországi értesítési cím:	<input type="text"/>
Telefonszám:	+36 <input type="text"/> / <input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>

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"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap
Lekötés összege:	<input type="text"/> Ft azaz <input type="text"/> 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