

NYILATKOZAT EGÉSZSÉG- ÉS ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁRI KISKORÚ KEDVEZMÉNYEZETT/ÖRÖKÖS RÉSZÉRE (AHEOP-9-2)

Csak sajátkezű aláírással ellátva vagy hitelesített módon nyújtható be.

A kitöltés előtt, kérjük olvassa el a nyilatkozat mellékletét képező tájékoztatónkat.

PÉNZTÁRTAG ADATAI	
Név:	<input type="text"/>
Születési hely, idő:	<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap
Tagsági azonosítószám:	<input type="text"/>
Adóazonosító jel:	<input type="text"/>

KISKORÚ TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉNEK ADATAI	
Név:	<input type="text"/>
Születési hely, idő:	<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap
Anyja születéskori neve:	<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"/>

Kiskorú neve	Születés helye	Születés dátuma	Anyja születéskori neve
<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"/>	<input type="text"/>

Fent nevezett az elhunyt pénztártag kedvezményezett/örökös kiskorú(ak) törvényes képviselőjeként kijelentem, hogy a pénztártag egyéni számláján lévő összeg kedvezményezett/örökös kiskorú(ak)ra jutó része felett az alábbiak szerint rendelkezem.

VÁLASZTOTT SZOLGÁLTATÁS TÍPUSA (Kérjük, választását jelölje egyértelműen X-el! Csak egy típus jelölhető!)
<input type="checkbox"/> (1) Egy összegben felveszem. (Kérjük, a kifizetési módról is nyilatkozni szíveskedjen.)
<input type="checkbox"/> (2) Átutaltatom a gyámhivatali fenntartásos betétszámlára.

KIFIZETÉSI MÓD (Kérjük, választását jelölje egyértelműen X-el! Csak egy típus jelölhető!)
A választott (1) módzatnak megfelelően az engem megillető összeget a saját nevemre
<input type="checkbox"/> az alábbi bankszámlámra kérem átutalni:
Bank megnevezése: <input type="text"/>
Bankszámlaszám: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> postai kifizetéssel az alábbi kézbesítési címemre kérem kézbesíteni
Cím: <input type="text"/>

Az eredeti nyilatkozatom egy másolati példányát a nyilatkozat mellékletét képező tájékoztatóval átvettem, annak tartalmát megismertem és elfogadom.

Kelt: , év hó nap

Aláírás

A NYILATKOZAT KIZÁRÓLAG AZONOSÍTÁSI ADATLAPPAL EGYÜTT ÉRVÉNYES!

Csatolt dokumentum(ok) (ügyintéző tölti ki)

Azonosítási adatlap

Személyazonosító okmány és lakcímkártya másolat

Halotti anyakönyvi kivonat másolata

Örökösödés esetén jogerős hagyatékátadó

végzés, vagy öröklési bizonyítvány másolata

Gyámhivatali engedély a kifizetéshez

igazgatóság

ügynökkód

ügyintéző

ügyintéző aláírása

MELLÉKLET A KISKORÚ KEDVEZMÉNYEZETT/ÖRÖKÖS TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJE ÁLTAL BENYÚJTOTT KIFIZETÉSI KÉRELMEKHEZ

A kedvezményezett/örökös javára történő kifizetések esetében - a választott módozatnak megfelelően - Pénztárunk az alábbiak szerint jár el:

Kifizetési határidők

A kifizetés az önkéntes kölcsönös egészség- és önszegélyező pénztárak egyes befektetési és gazdálkodási szabályairól szóló 268/1997 (XII.22) kormányrendelet alapján (21/B. §) történik. A szolgáltatás kifizetését a jogosultság igazolását követő 15 napon belül végzi el a Pénztár a megadott lakcímre vagy bankszámlaszámra.

A kifizetéshez szükséges dokumentumok:

	Kedvezményezett	Örökös
	Halotti anyakönyvi kivonat	Halotti anyakönyvi kivonat Hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány
Nagykorú	Nyilatkozat (AHEOP-9) Azonosítás*	Nyilatkozat (AHEOP-9) Azonosítás*
Kiskorú 285 000 Ft alatti kifizetés	Törvényes képviselő nyilatkozata (AHEOP-9-2) Törvényes képviselő azonosítása*	Törvényes képviselő nyilatkozata (AHEOP-9-2) Törvényes képviselő azonosítása*
Kiskorú 285 000 Ft feletti kifizetés	Törvényes képviselő nyilatkozata (AHEOP-9-2) Törvényes képviselő azonosítása* Gyámhivatali engedély a kifizetéshez	Törvényes képviselő nyilatkozata (AHEOP-9-2) Törvényes képviselő azonosítása* Gyámhivatali engedély a kifizetéshez

- * A kifizetéshez szükség van az Ön jogosultságának megállapítására, amely a jogosulatlan személy részére történő kifizetés elkerülése érdekében az alábbi módon történhet:
- személyesen az ügyfélszolgálati irodánkban, melynek címe Budapest VIII., Könyves Kálmán krt. 48-52, vagy
 - személyesen az Allianz ügyfélkapcsolati pontokban, vagy
 - a szolgáltatási igényén szereplő aláírásának hitelességét közjegyző igazolja - ebben az esetben az igazolással ellátott szolgáltatási igény eredeti példányát küldje meg Pénztárunk postacímére: 1242 Budapest, Pf. 462.

Az azonosítási eljárás során a Pénztár valamely alábbi, érvényes okmány párról másolatot köteles készíteni:

- Személyi igazolvány és lakcím-igazolvány
- Kártyás vezetői engedély és lakcím-igazolvány
- Útleveél és lakcím-igazolvány

Adózás, illeték, hagyatéki teher

Az önkéntes kölcsönös egészség- és önszegélyező pénztár által a kedvezményezett részére kifizetett összeg adó- és illeték mentes bevételnek minősül. A számlán nyilvántartott összeg nem része a hagyatéknak.

A szolgáltatás kifizetésének költségei

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy az önkéntes egészség- és önszegélyező pénztári szolgáltatások kifizetése esetén Pénztárunk egyszeri eljárási díjat számol fel, melynek összege egységesen 4 000 Ft. Az egyszeri eljárási díj felszámításán kívül az egyéni számlát a szolgáltatás kifizetésével kapcsolatosan egyéb költség nem terheli.