

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

Saját kezű aláírással ellátva eredetiben, vagy elektronikus hitelesítést követően e-mailen nyújtható be.

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

<b>PÉNZTÁRTAG ADATAI</b>	
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"/>

<b>KISKORÚ TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉNEK ADATAI</b>	
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.

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

<b>KIFIZETÉSI MÓD</b> (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)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Azonosítási adatlap                             | <input type="checkbox"/> Örökösödés esetén jogerős hagyatékátadó végzés, vagy öröklési bizonyítvány másolata |
| <input type="checkbox"/> Személyazonosító okmány és lakcímkártya másolat | <input type="checkbox"/> Gyámhivatali engedély a kifizetéshez  |
| <input type="checkbox"/> Halotti anyakönyvi kivonat másolata             |  |

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:

	<b>Kedvezményezett</b>	<b>Örökös</b>
	Halotti anyakönyvi kivonat	Halotti anyakönyvi kivonat Hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány
Nagykorú	Nyilatkozat (AHEOP-9) Azonosítás*	Nyilatkozat (AHEOP-9) Azonosítás*
Kiskorú 855 000 Ft alatti kifizetés	Törvényes képviselő nyilatkozata (AHEOP-9-2) Törvényes képviselő azonosítása*	Törvényes képviselő nyilatkozata (AHEOP-9-2) Törvényes képviselő azonosítása*
Kiskorú 855 000 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 hagyatékknak. Az elhunyt személyi jövedelemadó bevallásával kapcsolatos igazolást a Pénztár – amennyiben szükséges – a törvényes örökösök részére adja ki.

### 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.