

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

Saját kezű aláírással ellátva eredetiben, vagy elektronikus hitelesítést követően e-mailen 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"/>

KEDVEZMÉNYEZETT/ÖRÖKÖS 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"/>

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) A saját nevemben a pénztárban hagyom a tagdíjfizetés folytatásával.
<input type="checkbox"/>	(3) A saját nevemben a pénztárban hagyom a tagdíjfizetés folytatása nélkül.
<input type="checkbox"/>	(4) Átutaltatom a saját egészség- és/vagy önszegélyező pénztáramban lévő egyéni számlámra.
Pénztár neve:	<input type="text"/>
Tagsági azonosítószám:	<input type="text"/>

KIFIZETÉSI MÓD (Kérjük, választását jelölje egyértelműen X-el! Csak egy típus jelölhető!)	
A választott (1) módozatnak 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"/> Halotti anyakönyvi kivonat másolata | |

igazgatóság

ügynökkód

ügyintéző

ügyintéző aláírása

MELLÉKLET A KEDVEZMÉNYEZETT/ÖRÖKÖS RÉSZÉRŐL 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 lakcímré 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 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 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.