

## Kártyamegrendelő

<b>A) A Pénztártag azonosító adatai (az adatok kitöltése kötelező)</b>			
Név:			
Tagsági azonosító:			
E-mail cím:			
<b>B) Kártya megrendelés (2600 Ft – érvényesség a kártya kibocsátásától számított 3 év)</b>			
Kártyán szereplő név: (maximum 24 karakter)	<input type="text"/>		
Állandó lakcím:	<input type="text"/>		
Levelezési cím:	<input type="text"/>		
Születési hely, idő:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adóazonosító:	<input type="text"/>		
<b>C) Kártyaigénylés indoka (kérjük, jelölje X-szel!)</b>			
<input type="checkbox"/> új kártya    a régi kártya: <input type="checkbox"/> elveszett <input type="checkbox"/> megsérült <input type="checkbox"/> ellopták <input type="checkbox"/> egyéb _____			
<b>D) Tanúk adatai (Kérjük, hogy a megrendelőlapot két tanúval hitelesítse!)</b>			
1. Név:	<input type="text"/>	2. Név:	<input type="text"/>
Állandó lakcím:	<input type="text"/>	Állandó lakcím:	<input type="text"/>
Sz.ig.szám:	<input type="text"/>	Sz.ig.szám:	<input type="text"/>
Aláírás:	<input type="text"/>	Aláírás:	<input type="text"/>

Jelen nyilatkozattal hozzájárulok, hogy a nyilatkozat B) pontjában megadott elérhetőségi adataimmal a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár rendszerében korábban nyilvántartott adataimat frissítse.

Alulírott kijelentem, hogy a Pénztár Kártyaszabályzatát megismertem és a Kártyaszabályzatban foglaltakat magamra nézve kötelezőnek fogadom el.

Tudomásul veszem, hogy megrendelés esetén a főkártya díja az egyéni egészség számlán zárolásra és levonásra kerül. Kijelentem, hogy az egyéni egészség számlán a megfelelő fedezetet biztosítom, tudomásom van arról, hogy ellenkező esetben a kártya igénylése késedelmet szenvedhet.

Kelt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pénztártag aláírása

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény az önkéntes kölcsönös biztosítópénztár részére kötelezően előírja

- a vele kapcsolatban álló ügyfelek **személyes azonosítását** az üzleti kapcsolat létesítésekor,
- az ügyfél és a tényleges tulajdonos személyazonosságának igazoló ellenőrzését legkésőbb az ügyfél vagy a kedvezményezett részére való szolgáltatás teljesítésekor, továbbá
- az ügyfél nyilatkozatát arról, hogy saját vagy tényleges tulajdonos nevében jár el.

Mindezekre tekintettel, **abban az esetben, ha az Ön személyes adatainak írásbeli rögzítése és személyazonosságának ellenőrzése eddig még nem történt meg**, kérjük Önt, hogy ennek érdekében szíveskedjék a mellékelt Azonosítási adatlap és Felhatalmazó nyilatkozat nyomtatványokkal **személyesen** felkeresni

- Ügyfélszolgálatunkat (1132 Budapest, Váci út 36-38.) vagy
- bármely Generali ügyfélszolgálatot, ahol személyes adatait a biztosító ügyintézője az Ön személyazonosságát igazoló okmánya alapján ellenőrzi, aláírásával igazolja és továbbítja a Pénztár részére.

A személyes azonosítás szükségességéről a Pénztár telefonos ügyfélszolgálatán érdeklődhet: +36 (1) 452 5444

## Felhatalmazó nyilatkozat

Alulírott .....  
lakcím: .....  
anyja neve: .....  
szül.helye: .....ideje: .....,

mint a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár tagja /tagjának örököse/tagjának kedvezményezettje\*/a pénztár tagjának rendelkezése alapján szolgáltatásra jogosultja/, ezennel felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt.-t, hogy a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben – a továbbiakban Pmt. - előírt ügyfél-átvilágítás érdekében a jelen nyilatkozat mellékletét képező azonosítási adatlapon a Pmt. 7.§ (2) bekezdésében megjelölt adataimat rögzítse, és a Pmt. 7-9. §-ai alapján igényelt adatokat a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár részére átadja.

Kelt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ügyfél aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. Tanú neve: .....  
lakcíme: .....
2. Tanú neve: .....  
lakcíme: .....

*a \*-gal jelölt résznél a megfelelő megjelölés aláhúzendó*

## Azonosítási adatlap

a 2017. évi LIII. tv. 7. §-ában előírt kötelezettség végrehajtásához

<b>Alulírott kijelentem, hogy a személyes azonosításra a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár</b>			
<input type="checkbox"/> tagjának <input type="checkbox"/> tagja kedvezményezettjének ** <input type="checkbox"/> tagja szolgáltatásra jogosultjának vonatkozásában kerül sor.			
Természetes személy adatai			
Tagsági azonosító:			
Családi és utónév:			
Születési név:			
Születési hely, idő:			
Édesanyja neve:		Állampolgárság:	
Állandó lakcím:			
Levelezési cím:			
Személyi ig. száma:		Lakcímet igazoló hat. ig. száma:	
Egyéb azonosító okmány:	Típusa:	Száma:	
<i>További adatok - Ezen adatok megadása önkéntes, az azonosításnak nem feltételei.</i>			
Adóazonosító jel:			
Telefonszám:		E-mail cím:	
Kérjük a <b>tag adatait</b> megadni, ha a <b>tag kedvezményezettje vagy szolgáltatásra jogosultja</b> vonatkozásában történik az azonosítás.			
Tagsági azonosító:	Tag családi és utóneve:		
Tag születési helye, ideje:			

### Az ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozata

Kijelentem, hogy saját nevemben járok el, illetve jogi személyként, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetként nincs a 2017. évi LIII. Törvény (Pmt.) szerinti tényleges tulajdonosom.

### Külföldi lakóhellyel rendelkező ügyfél nyilatkozata

Kijelentem, hogy **kiemelt közszereplő** vagy ilyen személy **közeli hozzátartozója** vagyok, vagy **közeli kapcsolatban** állok vele. (Kérjük a megfelelő választ X-el, illetve a megfelelő részt aláhúzással jelölje)

Igen  Nem

Az átvilágítást végző személy adatai:			
Név:		Munkakör:	
Tanácsadói kód*:			

Az átvilágítást végző személy aláírása

\* *abban az esetben kérjük kitölteni, ha az azonosítást biztosításközvetítő végzi*

\*\* *haláleseti kedvezményezett*

### ÜGYFÉL TÖLTI KI!

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomással rendelkezem arról, hogy az ügyfél-átvilágítás során közölt adataimban illetve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkezett változásról 5 munkanapon belül köteles vagyok tájékoztatni a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztárt (Pmt. 10. § (3)-(4)).

Kelt:

Ügyfél aláírása