

Kedvezményezett rendelkezése

(a Pénztártag halála esetén az egészség- és önszegélyező pénztári számla rá eső részéről)

A nyilatkozathoz kérjük, mellékelje személyi igazolványának fénymásolatát (szükséges a címét és az érvényességi időt tartalmazó oldal is). Új személyi igazolvány esetén kérjük, mellékelje a lakcímet igazoló hatósági igazolvány fénymásolatát is.

Az elhunyt Pénztártag adatai:			
Név:		Anyja neve:	
Születési hely, idő:		Tagsági azonosító:	
A jogosult adatai:			
Jogosultság jogcíme:	<input type="checkbox"/> Kedvezményezett <input type="checkbox"/> Örökös		
Név:		Jogosultság aránya:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
Leánykori név:		Anyja neve:	
Születési hely, idő:		Állampolgárság:	
Adóazonosító jel:	<input type="text"/>	Taj szám:	
Sz.ig.szám:		Telefonszám:	
Állandó lakcím:	<input type="text"/>		
Levelezési cím:	<input type="text"/>		
Alulírott, az elhunyt Pénztártag egyéni számlájának rám eső részéről a következőképpen rendelkezem:			
1.) <input type="checkbox"/> Egyösszegben felveszem.			
<input type="checkbox"/> Kérem átutalni az alábbi számlaszámra		Számlatulajdonos:	
Számlavezető bank:		Számlaszám:	
<input type="checkbox"/> Kérem lakcímemre postázni			
2.) <input type="checkbox"/> Saját nevemen továbbra is tartsák nyilván (Kérjük, vegye fel a kapcsolatot Pénztárunkkal!)			
3.) <input type="checkbox"/> Kérem átutalását az alábbi önkéntes egészségpénztárnál vezetett egyéni számlámra*.			
Egészségpénztár:		Pénztári azonosító:	
4.) <input type="checkbox"/> Kérem az elhunyt adóigazolását az alábbi névre és címre megküldeni szíveskedjenek.			
Név:			
Cím:	<input type="text"/>		
Mellékletek:			
<input type="checkbox"/> Halotti anyakönyvi kivonat másolata <input type="checkbox"/> Öröklés esetén jogerős közjegyzői hagyatékátadó végzés másolata <input type="checkbox"/> Személyi igazolvány, lakcímkártya másolata			

*Kérjük, hogy belépési nyilatkozatának másolatát csatolja!

Kelt: _____

Kedvezményezett/örökös 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

Alulírott kijelentem, hogy a személyes azonosításra a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár													
<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:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
Édesanyja neve:			Állampolgárság:										
Állandó lakcím:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
Levelezési cím:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
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:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
Telefonszám:			E-mail cím:										
Kérjük a tag adatait megadni, ha a tag kedvezményezettje vagy szolgáltatásra jogosultja vonatkozásában történik az azonosítás.													
Tagsági azonosító:	Tag családi és utóneve:												
Tag születési helye, ideje:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												

Az ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozata

Kijelentem, hogy saját nevemben járok el, illetve jogi személyként, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezatként 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