

Szolgáltatásra jogosult bejelentése Társkártya megrendelő

A pénztárgazdona adatai:

Név:		Tagsági azonosító:	
Adóazonosító:	<input type="text"/>	Születési dátum:	<input type="text"/>
E-mail cím:	<input type="text"/>		

Az Öpt. 2. § (4) bekezdés a) pontja, illetve a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény 8:1§ (1) bekezdés 1. pontja alapján szolgáltatásra jogosult lehet a tag rendelkezése szerint: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és neveltgyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér, továbbá az élettárs.

Alulírott pénztárgazdona az alábbiak szerint rendelkezem szolgáltatásra jogosult személyről:

Szolgáltatásra jogosult adatai: (A hozzátartozói jellegnél a megfelelőt kérjük megjelölni!)

1. Név:		Születési hely:	
Anyja neve:		Születési dátum:	<input type="text"/>
Adóazonosító:	<input type="text"/>		
Hozzátartozói jelleg:	házastárs	testvér	gyermek (örökbefogadott, mostoha, nevelt)
	élettárs	egyenes ágbeli rokon (pl. nagyszülő, unoka)	szülő (örökbefogadó, mostoha, nevelő)

Jogosultsági kör: **(Kérem a megfelelő jogosultsági kört jelölni szíveskedjen!)**

B és C esetben a jogosultság beállításának a feltétele a szolgáltatásra jogosult személyes azonosításának elvégzése!

A Készpénzes vásárlás

B Készpénzes vásárlás

Zárolás indítványozása az egészség számlám terhére *(feltétel a jogosult személyes azonosítása)*

C Készpénzes vásárlás

Zárolás indítványozása az egészség számlám terhére

Társkártya megrendelése *(feltétel a jogosult személyes azonosítása)*

Társkártya rendelése a fent megjelölt szolgáltatásra jogosult részére - díja 1300 Ft, érvényesség a kártya kibocsátásától számított 3 év:

Kártyán szereplő név: (maximum 24 karakter)	<input type="text"/>
Állandó lakcím:	<input type="text"/>
Levelezési cím:	<input type="text"/>

Társkártya rendelése esetén alulírott kijelentem, hogy a Pénztár Kártyaszabályzatát megismertem és a Kártyaszabályzatban foglaltakat magamra nézve kötelezőnek fogadom el.

Tudomásul veszem, hogy a megrendelt társkártya díja az egyéni egészség számlám zárolásra és levonásra kerül.

Tudomásom van arról, hogy a társkártya kibocsátásának a feltétele érvényes és aktív főkártya megléte, ennek hiányában a Pénztár jelen kérelmemet nem teljesíti. Kijelentem, hogy az egyéni egészség számlám a megfelelő fedezetet biztosítom, tudomásom van arról, hogy ellenkező esetben a kártya igénylése késedelmet szenvedhet.

Meghatalmazás

Meghatalmazom a pénztári szolgáltatásra jogosult személyt, hogy a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár telefonos egyenleglekérdezése során nevemben és helyettem eljárjon.

Tanúk adatai:

1. Név:		2. Név:	
Állandó lakcím:		Állandó lakcím:	
Sz.ig.szám:		Sz.ig.szám:	
Aláírás		Aláírás	

Alulírott kijelentem, hogy teljes körű felelősséget vállalok az általam közölt adatok, és a fentiek szerint – az Öpt. 2.§ (4) bekezdés a) pontjában foglalt – közeli hozzátartozói viszony valódiságáért és fennállásáért.

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

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> </tr> </table>												
Levelezési cím:	<table border="1"> <tr> <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> </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 **közei hozzátartozója** vagyok, vagy **közei 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