

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

Saját kezű aláírással eredetiben postán, vagy minősített elektronikus aláírással hitelesítve 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 módrol 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) 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 ÉS KIEMELT KÖZSZEREPLŐI NYILATKOZATTAL EGYÜTT ÉRVÉNYES!**

**Csatolt dokumentum(ok)** (ügyintéző tölti ki)

- Azonosítási adatlap és Kiemelt közszereplői nyilatkozat  
 Személyazonosító okmány és lakcímkártya másolat  
 Halotti anyakönyvi kivonat másolata

- Örökösödés esetén jogerős hagyatékátadó végzés, vagy öröklési bizonyítvány másolata  
 Gyámhivatali engedély a kifizetéshez

## 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 öngéelyező 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:

	Kedvezményezett	Örökös
	Halotti anyakönyvi kivonat	Halotti anyakönyvi kivonat Hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány
Nagykorú	Nyilatkozat (AHEOP-9) Azonosítás	Nyilatkozat (AHEOP-9) Azonosítás
Kiskorú 1 282 500 Ft alatti kifizetés	Törvényes képviselő nyilatkozata (AHEOP-9-2) Törvényes képviselő azonosítása	Törvényes képviselő nyilatkozata (AHEOP-9-2) Törvényes képviselő azonosítása
Kiskorú 1 282 500 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 pénztári szolgáltatások kifizetésére irányuló igényeket a jogosultak az alábbi módokon nyújthatják be a Pénztárhoz:

### 1. Teljeskörű ügyintézés az alábbi Allianz kiemelt ügyfélszolgálati irodákban

(ügyfél-azonosítás lefolytatása és a szolgáltatási igény ügyfélszolgálaton történő benyújtása)

Az ügyintézéshez személyazonosító okmány és lakcímkártya szükséges.

Központi ügyfélszolgálati iroda – 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

Szegedi kiemelt ügyfélszolgálati iroda – 6721 Szeged, Csongrádi sugárút 12.

Nyíregyházi kiemelt ügyfélszolgálati iroda – 4400 Nyíregyháza, Vay Ádám krt. 12.

Győri kiemelt ügyfélszolgálati iroda – 9024 Győr, Hunyadi út 14. (Leier City Center)

Pécsi kiemelt ügyfélszolgálati iroda – 7632 Pécs, Testvérvárosok tere 2/1.

A szolgáltatási igény személyes ügyfélszolgálaton történő benyújtása kizárólag a fenti Allianz kiemelt ügyfélszolgálati irodákban lehetséges.

Az egyéb Allianz ügyfélkapcsolati pontokon kizárólag ügyfél-azonosítás történik, pénztári dokumentumok átvételére, azok Pénztárhoz történő továbbítására nincsen lehetőség.

### 2. Postai úton történő beküldéssel – Allianz ügyfélkapcsolati pontokon történő személyes ügyfél-azonosítással

- Személyes ügyfél-azonosítás elvégzése bármelyik Allianz ügyfélkapcsolati ponton  
(Az ügyintézéshez személyazonosító okmány és lakcímkártya szükséges)
- Szolgáltatási igény nyomtatvány kitöltése és sajátkezű aláírása

Az ügyintéző által hitelesített azonosítási adatlapot, kiemelt közszereplői nyilatkozatot és a személyazonosságot igazoló azonosító okmányok, lakcímkártyának lakcím oldali másolatát, valamint a szolgáltatási igény eredeti példányát az kedvezményezettnek/örökösnek kell postai úton megküldenie a Pénztár 1242 Budapest, Pf. 462 címére.

### 3. Személyes ügyfél-azonosítás nélkül postai úton, vagy elektronikus úton történő benyújtás a Pénztár részére

- a Pénztártag egyéni számlaegyenlege legfeljebb 999 999 Ft összegű és a pénztártag kedvezményezettje/örököse a tagság megszüntetésére irányuló kérelmet nyújt be a Pénztárhoz.

Postai úton történő beküldés esetén a pénztártag kedvezményezettjének/örökösének az általa kitöltött és sajátkezű aláírásával ellátott azonosítási adatlapot, kiemelt közszereplői nyilatkozatot, valamint a személyazonosságot igazoló azonosító okmányok, lakcímkártyának lakcím oldali másolatát, továbbá a szolgáltatási igény eredeti példányát kell a Pénztár 1242 Budapest, Pf. 462 címére megküldenie.

A Pénztár az elektronikus úton beérkező szolgáltatások kifizetésére irányuló igényeket a pénztártag kedvezményezettje/örököse minősített elektronikus aláírásával ellátva fogadja el. Az elektronikus aláírással hitelesített dokumentumokat az [epenztar@allianz.hu](mailto:epenztar@allianz.hu) email címre szükséges megküldeni.

### **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.