

# Kedvezményezettek módosítása személybiztosítások esetén

(kivéve G50 Családi Aranyszám)



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Kötvényszám: ..... Telefonszám: .....  
Szerződő neve: ..... Születési idő: .....

## A kedvezményezettek módosítása a beérkezés napjától hatályos.

**Kérjük, jelölje meg mely kedvezményezettet kívánja megváltoztatni és milyen arányban!**

A kedvezményezettek jelölésére vonatkozó szabályokról, kérjük, tájékozódjon a hatályos biztosítási feltételek alapján!

- Haláleseti kedvezményezett Részarány: ..... %  
 Elérési kedvezményezett Részarány: ..... %  
 Lejárati kedvezményezett Részarány: ..... %

Titulus, családi és utónév: .....  
 Születési név: ..... Állampolgárság: .....  
 Születési ország: ..... Születési hely: .....  
 Születési idő: .....  
 Anyja születési neve: .....  
 Állandó lakcím: .....

### Ügyfél adóügyi illetőség nyilatkozata *(Kérjük a megfelelő választ X-szel jelölje!)*

Adóügyi illetőségem:

- Magyarország  
 Amerikai Egyesült Államok – Kérjük, adja meg az amerikai adószámát: .....  
 Egyéb (Kérjük, adja meg az országo(ka)t!): .....  
 Kérjük, adja meg a külföldi adószámát: .....

A kedvezményezettek jelölésére vonatkozó szabályokról, kérjük, tájékozódjon a hatályos biztosítási feltételek alapján!

- Haláleseti kedvezményezett Részarány: ..... %  
 Elérési kedvezményezett Részarány: ..... %  
 Lejárati kedvezményezett Részarány: ..... %

Titulus, családi és utónév: .....  
 Születési név: ..... Állampolgárság: .....  
 Születési ország: ..... Születési hely: .....  
 Születési idő: .....  
 Anyja születési neve: .....  
 Állandó lakcím: .....

### Ügyfél adóügyi illetőség nyilatkozata *(Kérjük a megfelelő választ X-szel jelölje!)*

Adóügyi illetőségem:

- Magyarország  
 Amerikai Egyesült Államok – Kérjük, adja meg az amerikai adószámát: .....  
 Egyéb (Kérjük, adja meg az országo(ka)t!): .....  
 Kérjük, adja meg a külföldi adószámát: .....

A kedvezményezett jelölésére vonatkozó szabályokról, kérjük, tájékozódjon a hatályos biztosítási feltételek alapján!

- |   |                        |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haláleseti kedvezményezett | Részarány: . . . . . % |
| <input type="checkbox"/> Elérési kedvezményezett    | Részarány: . . . . . % |
| <input type="checkbox"/> Lejáratil kedvezményezett  | Részarány: . . . . . % |

Titulus, családi és utónév: .....

Születési név: ..... Állampolgárság: .....

Születési ország: ..... Születési hely: .....

Születési idő: .....

Anyja születési neve: .....

Állandó lakcím: .....

**Ügyfél adóügyi illetőség nyilatkozata** (Kérjük a megfelelő választ X-szel jelölje!)

Adóügyi illetőségem:

- Magyarország
- Amerikai Egyesült Államok – Kérjük, adja meg az amerikai adószámát: .....
- Egyéb (Kérjük, adja meg az országo(ka)t!): .....
- Kérjük, adja meg a külföldi adószámát: .....

Felhívjuk a figyelmét, hogy a szolgáltatás kifizetése előtt a szerződő és a szolgáltatásra jogosult ügyfél-átvilágítását és/vagy adóügyi illetőség-vizsgálatát – amennyiben az a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben leírtak alapján, illetve a 2013. évi XXXVII. törvény (Aktv.), vagy a 2014. évi XIX. törvény (FATCA-törvény) értelmében szükséges – társaságunknak el kell végeznie. Kérjük, hogy e célból vegye fel a kapcsolatot biztosításközvetítőjével, vagy keresse fel társaságunk ügyfél-szolgálatát, ahol kollégáink készséggel állnak rendelkezésére.

.....  
Kelt

.....  
Szerződő aláírása  
(jogi személy/jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet esetén cégszerű aláírás)

.....  
Biztosított aláírása  
(kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő – szülő, gyám, gondnok – aláírása)