

**Pannónia Nyugdíjpénztárból**  
**más önkéntes pénztárba történő átlépés esetén**

**Átlépő személy adatai, nyilatkozata**

Előnév: \_\_\_\_\_ Vezetéknév: \_\_\_\_\_ Utónév: \_\_\_\_\_

Születési hely: \_\_\_\_\_ Születési idő: \_\_\_\_\_

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

Pénztári tagsági) azonosító: \_\_\_\_\_ Adóazonosító jel: \_\_\_\_\_

Állandó lakcím: \_\_\_\_\_

Értesítési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

ezúton nyilatkozom, hogy a Pannónia Nyugdíjpénztárban (székhelye: 1072 Budapest, Nyár utca 12.), mint Átadó pénztárban fennálló tagsági jogviszonyomat az alábbi, mint Átvevő önkéntes kölcsönös biztosító pénztárba történő átlépéssel meg kívánom szüntetni.

Átvevő önkéntes pénztár neve: \_\_\_\_\_

Átvevő pénztár címe: \_\_\_\_\_

Átvevő önkéntes pénztár típusa:  nyugdíj  egészség  önszegélyező  egészség- és önszegélyező

Alulírott felhatalmazom a Pannónia Nyugdíjpénztárt, hogy fent nevezett önkéntes kölcsönös biztosító pénztárnál átlépéssel kapcsolatban, nevemben és helyettem eljárjon és ezzel összefüggésben adataimat kezelje, az Átvevő pénztárnak átadja, az Átvevő pénztár kérésére egyéni számlámon lévő megtakarításom átutalja.

Kérem, hogy fent nevezett önkéntes kölcsönös biztosító pénztár, mint Átvevő pénztár a Pannónia Nyugdíjpénztárnál egyéni számlámom lévő megtakarításom átvételének ügyében járjon el.

Kérem a Pannónia Nyugdíjpénztárt, hogy a jogszabályokban foglalt igazolásokat, adatokat az Átvevő pénztárnak adja át.

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy saját magam nevében járok el és a jelen nyilatkozatban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: \_\_\_\_\_, 202\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**pénztártag aláírása**

**Előttünk, mint tanúk előtt**

Név : \_\_\_\_\_ Név : \_\_\_\_\_

Lakcím : \_\_\_\_\_ Lakcím : \_\_\_\_\_

Aláírás : \_\_\_\_\_ Aláírás : \_\_\_\_\_

\* Az önkéntes nyugdíjpénztár tagja az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. tv. (Öpt.) 47. § (3) bekezdése szerint a **kötelező várakozási idő (10 év) letelte előtt** önkéntes egészség-, vagy önszegélyező-, vagy egészség- és önszegélyező pénztárba átléphet, ha munkaképességét legalább ötven százalékban elvesztette, illetve legalább negyvenszázalékos mértékű egészségkárosodást szenvedett, és ebben az állapotában legalább egy évig javulás nem várható, **valamint az illetékes hatóság igazolását bemutatja.**