

## ÁTLÉPÉSI NYILATKOZAT BELÉPÉSHEZ

AHEOP-8

az Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztárban tagsággal rendelkezők átlépéséhez

Csak sajátkezű aláírással ellátva vagy hitelesített módon nyújtható be.

PÉNZTÁRTAG ADATAI	
(A megadott adataimat kérem a pénztári nyilvántartással egyeztetni, eltérés esetén a jelen nyilatkozatban megadott adatokkal a nyilvántartásban lévő adatokat módosítani.)	
Név:	<input type="text"/>
Születési hely, idő:	<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap
Tagsági azonosítószám:	Adóazonosító jel: <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"/>

Fent nevezet pénztártag nyilatkozom, hogy a(z)   
Pénztárnál  tagi azonosító számon nyilvántartott tagsági jogviszonyomat az Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztárba történő átlépéssel megszüntetem, és egyben megbízom az Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztárt (székhely: 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.), hogy a jelen nyilatkozatban kifejezett átlépési szándékkal egyezően, az átadó pénztár előtt nevemben és helyettem, az átlépés lebonyolítása érdekében teljes jogkörrel eljárjon.

A gyorsabb ügyintézés érdekében kérjük, szíveskedjen telefonos elérhetőségét és e-mail címét megadni!

Kelt: ,  év  hó  nap

\_\_\_\_\_  
Pénztártag aláírása

### A NYILATKOZAT KIZÁRÓLAG AZONOSÍTÁSI ADATLAPPAL EGYÜTT ÉRVÉNYES!

Csatolt dokumentum(ok) (ügyintéző tölti ki)

- Azonosítási adatlap  
 Személyazonosító okmány és lakcímkártya másolat

\_\_\_\_\_  
igazgatóság

\_\_\_\_\_  
ügynökkód

\_\_\_\_\_  
ügyintéző

\_\_\_\_\_  
ügyintéző aláírása