

Egészség- és önszegélyező pénztári átlépési nyilatkozat belépéshez (AHEOP-8) az Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztárban tagsággal rendelkezők átlépéséhez

CSAK EREDETI FORMÁBAN 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: _____	Születési hely, idő: _____
Tagsági azonosító szám: _____	Adóazonosító jel: _____
Lakcím: _____	
Magyarországi értesítési cím: _____	
Telefonszám: _____	E-mail cím: _____@_____

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 aláírás