

Egészségkártya lemondó nyilatkozat (AHEOP-4)

CSAK EREDETI FORMÁBAN NYÚJTHATÓ BE.

A nyilatkozatot Pénztárunk abban az esetben tudja befogadni, amennyiben az a lemondani kívánt egészségkártya lejáratát megelőző második hónap első napjáig beérkezik.

A nyilatkozatot kérjük, postai úton, vagy személyesen juttassa el Pénztárunkhoz, faxon, illetve e-mail üzenetként megküldve nem tekinthető érvényesnek.

PÉNZTÁRTAG ADATAI

A megadott adataimat kérem a pénztári nyilvántartással egyeztetni, eltérés esetén a jelen nyilatkozatban megadott adatokkal a nyilvántartásban lévő adatokat módosítani.

Név: _____

Tagsági azonosító szám: _____ Személyi igazolvány szám: _____

Születési hely, idő: _____

Lakcím: _____

Magyarországi értesítési cím: _____

Telefonszám: _____ E-mail cím: _____@_____

Alulírott jelen nyilatkozatommal kijelentem, hogy az Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztárnál lévő egyéni számlámhoz kapcsolódó Egészségkártya lejáratát követően újabb fő kártyát nem igényelek.

Amennyiben jelen nyilatkozat kizárólag a társkártyá(k)ra vonatkozik, és a főkártyát továbbra is fenn kívánja tartani, kérjük, az előző mondat áthúzásával jelölje ezt a szándékát.

Nyilatkozom továbbá, hogy az Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztárnál lévő egyéni számlámhoz kapcsolódó, az alábbiakban jelzett társkártyá(ka)t a lejáratát követően nem igénylem:

Társigénylő neve: _____

Társigénylő neve: _____

Kérjük, hogy – nyilatkozata érvényessége érdekében – a különböző kártyákra vonatkozó igényét egyértelműen szíveskedjen jelölni.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Pénztártag aláírása