

Lemondó nyilatkozat**(AHEOP-50/2019)**

az Allianz EgészségMentor Start csoportos egészségbiztosítási jogviszony megszüntetéséhez

A kitöltött, kinyomtatott és aláírt nyilatkozatot szíveskedjen eljuttatni a Pénztár levelezési címére!

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: _____ @ _____

Alulírott, mint az Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztár (továbbiakban: Pénztár) tagja, jelen nyilatkozatommal lemondok a tagsági jogviszonyom keretében létrejött Allianz EgészségMentor Start csoportos egészségbiztosítás szolgáltatást (továbbiakban: Egészségbiztosítás), egyben kérem az Egészségbiztosítással kapcsolatos havi díjfizetésem lezárását.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben jelen aláírt nyilatkozatom a tárgyhoz 8. napjáig a Pénztárba beérkezik, úgy a beérkezés hónapjában esedékes díjfizetési kötelezettségem már nem áll fenn (a biztosítási jogviszony megszűnésének dátuma a beérkezés hónapjának utolsó napja).

Amennyiben lemondó nyilatkozatom a tárgyhoz 8. napját követően érkezik be a Pénztárhoz, akkor a beérkezést követő hónapban esedékes díjfizetési kötelezettségem már nem áll fenn (a biztosítási jogviszony megszűnésének dátuma a beérkezést követő hónap utolsó napja).

Elismerem, hogy a Pénztár tájékoztatott arról, miszerint az Egészségbiztosítás lemondásának hatálybalépéséig megfizetett biztosítási díjak nem igényelhetők vissza.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Pénztártag aláírása