

SZERZŐDÉS MEGSZÜNTETÉSÉRE VONATKOZÓ RENDELKEZŐ NYILATKOZAT az Allianz Egészségprogramhoz

A SZERZŐDŐ ADATAI:

Szerződésszám: _____
Családi és utónév: _____
Lakcím, ennek hiányában _____ helység,
tartózkodási hely: _____ út/utca, házszám
Telefonszám (vezetékes): _____ / _____ Telefonszám (mobil): _____ / _____
E-mail cím: _____ @ _____

Nem természetes személy szerződő esetén

Jogi személy neve és rövidített neve: _____
Székhely/magyarországi fióktelep címe: _____ helység,
_____ út/utca, házszám
Fő tevékenységi kör: _____
Képviselőre jogosultak neve, beosztása: _____
Családi és utónév: _____ Beosztás: _____
Családi és utónév: _____ Beosztás: _____
Kézbesítési megbízott adatai:
Családi és utónév: _____
Lakcím, ennek hiányában _____ helység,
tartózkodási hely: _____ út/utca, házszám
Telefonszám (vezetékes): _____ / _____ Telefonszám (mobil): _____ / _____
E-mail címe: _____ @ _____
Céggjegyzékszám/határozati, nyilvántartási szám: _____ Adószám: _____ - _____ - _____

Alulírott szerződő a fent megjelölt szerződésen a szerződési feltételek értelmében az alábbi rendelkezést kérem végrehajtani.^{2,3}

Alulírott szerződő a fent megjelölt szerződésemet a szerződés egy éves tartama lejáratával nem kívánom meghosszabbítani, nem fogadom el a szerződés automatikus meghosszabbítását, és a szerződést megszüntetem.

Tudomásul veszem, hogy a szerződés megszüntetését a biztosítási évforduló előtt, 45 napon belül igényelhetem. A szerződés a tartam utolsó napján szűnik meg.

Alulírott szerződő a fent megjelölt szerződésemet felmondom, tekintettel arra, hogy a biztosító által közölt díjmelést vagy a szerződési feltételek biztosító által történt módosítását nem fogadom el.

Tudomásul veszem, hogy a szerződés a rendelkezésem biztosítóhoz történő beérkezését követő évfordulón szűnik meg.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a szerződő saját kezű aláírása⁴

A fenti nyilatkozatot átvettem.⁵

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

képviselt cég neve

eljáró neve

azonosító