

EGÉSZSÉGHÁRTYA LEMONDÓ NYILATKOZAT

AHEOP-4

Sajátkezű aláírással eredetiben postán vagy minősített elektronikus aláírással hitelesítve e-mailen nyújtható be.

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

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:			év		hó		nap
Tagsági azonosítószám:			Adóazonosító jel:				
Lakcím:							
Magyarországi értesítési cím:							
Telefonszám:	+36		/				
E-mail:							

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, jelölje ezt a szándékát itt. ☐

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 1:	
Társigénylő neve 2:	
Társigénylő neve 3:	
Társigénylő neve 4:	
Társigénylő neve 5:	
Társigénylő neve 6:	

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

Kelt: , év hó nap

Pénztártag aláírása