

ÁTLÉPÉSI NYILATKOZAT BELÉPÉSHEZ

AHEOP-8

az Allianz Hungária Egészség- és Önségélyező Pénztárban tagsággal rendelkezők átlépéséhez

Sajátkezű aláírással eredetiben postán vagy minősített elektronikus aláírással hitelesítve e-mailen 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:

év

hó

nap

Tagsági azonosítószám:

Adóazonosító jel:

Lakcím:

Magyarországi értesítési cím:

Telefonszám:

+36

/

E-mail:

Fent nevezett pénztártag nyilatkozom, hogy a(z)
Pénztárnál tagi azonosító számon nyilvántartott tagsági jogviszonyomat az Allianz Hungária Egészség- és Önségélyező Pénztárba történő átlépéssel megszüntetem, és egyben megbízom az Allianz Hungária Egészség- és Önségélyező 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!

NYILATKOZAT
Hozzájárulok, hogy a Pénztár a nevemet és az e-mail címemet – a Pénztár honlapján keresztül elérhető adatkezelési tájékoztatóban írtak szerint – kezelje abból a célból, hogy szolgáltatásaival kapcsolatos hírleveleket küldjön részemre: ☐ igen ☐ nem

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 aláírása