

„Hello Egészség” Bázis biztosítási csomag lemondó nyilatkozat

Kérjük, szíveskedjen a nyomtatványt nyomtatott nagybetűkkel kitölteni, a vastag betűvel jelölt adatokat feltétlenül megadni! A lemondó nyilatkozat a Pénztárhoz aláírása nélkül érvénytelen!

| 1. Pénztárhoz adatai | A Pénztárhoz tölti ki! |
|--|-----------------------------|
| Családi és utónév: | Tagsági okiratszám: EP..... |
| Anyja születési neve: | Születési hely, idő: |
| Állandó lakcím: | |
| <small>(irányítószám, település, közterület neve, jellege, hárszám)</small> | |
| Levelezési cím: | |
| <small>(irányítószám, település, közterület neve, jellege, hárszám)</small> | |
| Tudomásul veszem, hogy amennyiben a Pénztár eltérést talál a fent megadott adataim, valamint a Pénztárnál nyilvántartott adataim között, akkor jelen nyilatkozatban foglalt adatok a Pénztár nyilvántartásában átvezetésre kerülnek. | |
| <input type="checkbox"/> Alulírott, mint pénztárhoz/biztosított lemondom a „Hello Egészség” Bázis biztosítási csomagot. | |

| 2. Társbiztosítással rendelkező szolgáltatási kedvezményezett adatai | A Pénztárhoz tölti ki! |
|---|------------------------|
| Családi és utónév: | Születési idő: |
| Családi és utónév: | Születési idő: |
| <input type="checkbox"/> Fent nevezett, társbiztosított(ak) vonatkozásában lemondom a „Hello Egészség” Bázis biztosítás csomagot. | |
| A biztosítás a jelen nyilatkozat adott hó 15. napjáig történő beérkezése esetén a következő hónap 01.napján szűnik meg. Az adott hónap 15. napja után történő beérkezés esetén a biztosítás a beérkezés hónapját követő második hónap első napján szűnik meg. | |

| 3. Aláírások | |
|---|--|
| Alulírott jelen lemondó nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy: | |
| -amennyiben a jelen nyilatkozat adott hó 15. napjáig beérkezik az OTP Egészségpénztárhoz, mint a „Hello Egészség” csoportos egészségbiztosítás szerződőjéhez, úgy az adott nyilatkozatom alapján a „Hello Egészség” csoportos egészségbiztosítási szerződés rám, mint biztosítottra nem fog kiterjedni, a biztosított jogviszonyom a beérkezés hónapját követő hónap első napján 0 órakor szűnik meg. | |
| -amennyiben a beérkezés az adott hónap 15. napja után történik, abban az esetben a biztosított jogviszony a beérkezés hónapját követő második hónap első napján 0 órakor szűnik meg. | |
| -a Biztosító kockázatviselése a biztosított jogviszony megszűnéséig áll fenn. Kifejezetten elfogadom, hogy a Biztosítót a biztosítási jogviszony megszűnéséig illeti a biztosítási díj és a lemondás hatályáig megfizetett biztosítási díj(ak) nem igényelhető(k) vissza sem a Pénztártól, sem a Biztosítótól. | |
| -amennyiben „Hello Egészség” Bázis biztosítási csomagra vonatkozó biztosított jogviszonyt pénztárhoz/saját magam vonatkozásában lemondom, úgy a „Hello Egészség” csoportos egészségbiztosításhoz csatlakozott társbiztosított biztosítása is megszűnik. Ezen esetben a 2. pont kitöltése nem szükséges. | |
| -amennyiben én vagy a társbiztosított „Hello Egészség” opcionális biztosítási csomaggal is rendelkezünk, úgy ezen biztosítások a Bázis csomag megszűnésének napján szintén megszűnnek. | |
| -a „Hello Egészség” Bázis biztosítási csomag lemondását követően a biztosításhoz pénztárhoz/saját magam vonatkozásában újra csatlakozhatom, amennyiben az egyéni számlámon rendelkezésre áll a biztosítási díj. A társbiztosított esetén az újra csatlakozás egyszer lehetséges amennyiben nem vette igénybe a szolgáltatást. | |
| Kelt:, 20 | Pénztárhoz/Biztosított aláírása: |