

PannonMed Bázis Csoportos Egészségbiztosítás LEMONDÓ NYILATKOZAT

(Pénztártag tölti ki, vagy a Társbiztosított a saját lemondásáról a Pénztártag név adata megadása mellett önállóan nyilatkozhat a II. részben)

A nyomtatványt **elektronikusan csak hiteles elektronikus aláírással ellátott PDF-ként** tudjuk befogadni!
Papír alapon kitöltendő és beküldendő 1 eredeti példányban.

PÉNZTÁRTAG ADATAI	Név:										
	Anyja születési neve:								Pénztártag azonosítója:		
	Születési hely:					Születési dátum:					
I.) PÉNZTÁRTAGRA (FŐBIZTOSÍTOTTRA) VONATKOZÓ LEMONDÓ NYILATKOZAT											
<i>Kérjük jelölje!</i> ☐ A PannonMed Bázis Szolidáris Alapból jelen nyilatkozatommal KILÉPEK, a saját részemre a továbbiakban LEMONDOM a PannonMed Bázis Csoportos Egészségbiztosítást.											
II.) A TÁRSBIZTOSÍTOTT SZEMÉLY(EK)RE VONATKOZÓ LEMONDÓ NYILATKOZAT											
☐ Az alábbi bejelentett szolgáltatásra jogosult(ak), mint Társbiztosított(ak) részére a továbbiakban LEMONDOM a PannonMed Bázis Csoportos Egészségbiztosítást:											
Biztosított közeli hozzátartozóra (Társbiztosított 1) vonatkozó lemondás											
Társbiztosított neve											
Születési dátuma											
A lemondás kezdete: a nyilatkozat adott hó 15-ig történő beérkezését követő hónap 01. napjától.											
Biztosított közeli hozzátartozóra (Társbiztosított 2) vonatkozó lemondás											
Társbiztosított neve											
Születési dátuma											
A lemondás kezdete: a nyilatkozat adott hó 15-ig történő beérkezését követő hónap 01. napjától.											
Biztosított közeli hozzátartozóra (Társbiztosított 3) vonatkozó lemondás											
Társbiztosított neve											
Születési dátuma											
A lemondás kezdete: a nyilatkozat adott hó 15-ig történő beérkezését követő hónap 01. napjától.											
Alulírott jelen lemondó nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy											
- amennyiben a PannonMed Bázis Csoportos Egészségbiztosítást Pénztártagként saját magam vonatkozásában lemondom, úgy a korábban biztosításra bejelentett és a szolgáltatást igénylő Társbiztosított közeli hozzátartozóim biztosítása is megszűnik. - amennyiben a hónap 15. napjáig e lemondó nyilatkozatom a Pénztárba beérkezik, úgy a lemondással érintett PannonMed Bázis Csoportos Egészségbiztosításra a havi díjfizetési kötelezettség a beérkezés hónapját követő hónap első napjától szűnik meg, továbbá ezen időponttól a Biztosító nem visel kockázatot. A hónap 15. napja utáni és utolsó napja között történő beérkezés esetén a lemondásom a beérkezés hónapját követő második hónap első napjától hatályos. - a lemondás hatályáig fizetett biztosítási díj nem igényelhető vissza a Biztosítótól. - a PannonMed Bázis Szolidáris Alapból történő kilépésemet követően újra csatlakozni külön nyilatkozat alapján következő év első napjától tudok abban az esetben, ha az erre vonatkozó nyilatkozat december 20-ig a Pénztárba beérkezik. - A Pénztár adatkezelésről szóló tájékoztatója elérhető nyomtatott formában a Pénztár ügyfélszolgálatán, valamint online a Pénztár weboldalán az Adatkezelési Tájékoztató linken. Aláírásommal elismerem, hogy az adatkezelésről szóló pénztári tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat tudomásul veszem.											
A biztosítás lemondásáról a főbiztosítottat/társbiztosított(ak)at tájékoztattam.											
Dátum:			Pénztártag aláírása/ Társbiztosított aláírása saját lemondása esetén:		Hiteles elektronikus aláírással ellátott dokumentum esetén nem szükséges.						

A nyomtatványt elektronikusan csak hiteles elektronikus aláírással ellátott PDF-ként tudjuk befogadni!
Papír alapon kitöltendő és beküldendő 1 eredeti példányban.