KILÉPÉSI NYILATKOZAT

Pillérbiztosítás Csoportos Egészségbiztosításból

Alulírott biztosított

Neve: _____

Születéskori neve: _____

Lakcíme a következők szerint: _____ ország _____ irányítószám _____ település,

_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó

Születési helye: _____ ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Anyja születési neve: _____

az **Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önsegélyező Pénztár** (székhely: 1062 Budapest, Andrássy út 128.; Adószám: 18189072-1-42, továbbiakban: Pénztár) _____ tagi azonosítón nyilvántartott tagja ezennel kijelentem, hogy (a megfelelő jelölendő és kitöltendő)

☐ saját jogon pénztártagként vagy ☐ az általam szolgáltatásra megjelölt közeli hozzátartozóra vonatkozóan

Közeli hozzátartozó

Neve: _____

Születéskori neve: _____

Lakcíme a következők szerint: _____ ország _____ irányítószám _____ település,

_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó

Születési helye: _____ ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Anyja születési neve: _____

_____ év _____ hónap utolsó naptári napjával kilépek a Pillérbiztosítás 2.0 Csoportos Egészségbiztosításból. Tudomásul veszem, hogy a kilépés időpontját követően nem vagyok jogosult igénybe venni a Pillérbiztosítás 2.0 Csoportos Egészségbiztosításban foglalt biztosítási szolgáltatásokat. A Pénztártag tájékoztatja a korábban biztosításba bevont Közeli Hozzátartozót, hogy a kilépés napjától nem jogosult a Biztosítási szolgáltatásra.

Kiskorú biztosított esetén a szülő, törvényes képviselő, vagyoni jognyilatkozataiban korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő

Neve: _____

Lakcíme, ennek hiányában _____ irányítószám _____ helység,

tartózkodási helye: _____ út/utca, házszám, emelet, ajtó

Dátum: _____, _____ év _____ hó _____ nap

_____

a pénztártag aláírása

Tanú 1.

Neve: _____

Személyigazolvány száma: _____

Lakcíme: _____

_____

Aláírása: _____

Tanú 2.

Neve: _____

Személyigazolvány száma: _____

Lakcíme: _____

_____

Aláírása: _____

Kérjük, hogy a nyilatkozatot az alábbi címekre juttassa el vagylagos jelleggel

- a nyilatkozat a tag által történt elektronikus aláírása esetén az ugyfelszolgalat@ujpiller.hu elektronikus postafiókra, vagy
- a nyilatkozat papír alapú aláírása esetén az Új Pillér Egészségpénztár postai címére (1535 Budapest Pf.: 861.).

AHE-22194/1