



Székhely: 1056 Budapest, Váci u. 38.  
Levelezési cím: MKB-Pannónia Egészség- és Önszegélyező Pénztár, 1821 Budapest  
Ügyfélszolgálat: Budapest, XIII. ker. Dévai u. 23.  
Telefon: (06 1) 268-7614 Telefax: (06 1) 268-7002  
Honlap: www.mkbep.hu; E-mail: ugyfel@mkbep.hu  
Bankszámlaszám: 10300002 - 20177920 - 00003285  
Adószám: 18232761-1-41

MKBEP 107

## GONDOSKODÁS SZOLIDÁRIS ALAP / CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁST LEMONDÓ NYILATKOZAT

*Kitöltendő és beküldendő 1 példányban*

PÉNZTÁRTAG ADATAI	Név:												
	Anyja születési neve:									Pénztártag azonosítója:			
	Születési hely:							Születési dátum:					
I.) PÉNZTÁRTAGRA (BIZTOSÍTOTT TAGRA) VONATKOZÓ LEMONDÓ NYILATKOZAT													
<i>Kérjük jelölje!</i> <input type="checkbox"/> A Gondoskodás Szolidáris Alapból jelen nyilatkozatommal <b>KILÉPEK</b> , a saját részemre a továbbiakban <b>NEM IGÉNYLEM, LEMONDOM</b> a Gondoskodás Egészségbiztosítást.													
II.) A TÁRSBIZTOSÍTOTT SZEMÉLY(EK)RE VONATKOZÓ LEMONDÓ NYILATKOZAT													
Az alábbi bejelentett szolgáltatásra jogosult(ak), mint Társbiztosított(ak) részére a továbbiakban <b>NEM IGÉNYLEM, LEMONDOM</b> a Gondoskodás Egészségbiztosítást:													
Biztosított hozzátartozóra (Társbiztosított 1) vonatkozó lemondás													
Társbiztosított neve													
Születési dátuma													
A lemondás kezdete: a nyilatkozat adott hó 20-ig történő beérkezését követő hónap 01. napjától.													
Biztosított hozzátartozóra (Társbiztosított 2) vonatkozó lemondás													
Társbiztosított neve													
Születési dátuma													
A lemondás kezdete: a nyilatkozat adott hó 20-ig történő beérkezését követő hónap 01. napjától.													
Biztosított hozzátartozóra (Társbiztosított 3) vonatkozó lemondás													
Társbiztosított neve													
Születési dátuma													
A lemondás kezdete: a nyilatkozat adott hó 20-ig történő beérkezését követő hónap 01. napjától.													
Alulírott jelen lemondó nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy													
<ul style="list-style-type: none"><li>amennyiben a Gondoskodás Egészségbiztosítást Pénztártagként <b>saját magam vonatkozásában lemondom</b>, úgy a korábban biztosításra bejelentett és a szolgáltatást igénylő <b>Társbiztosított hozzátartozóim biztosítása is megszűnik</b>.</li><li>amennyiben a <b>hónap 20. napjáig</b> e lemondó nyilatkozatom a Pénztárba beérkezik, úgy a lemondással érintett Gondoskodás Egészségbiztosításra a havi díjfizetési kötelezettség a beérkezés hónapját követő hónap első napjától szűnik meg, továbbá ezen időponttól a Biztosító nem visel kockázatot. <b>A hónap 20. napja után történő beérkezés esetén</b> a lemondásom a beérkezés hónapját követő második hónap első napjától hatályos.</li><li>a lemondás hatályáig fizetett biztosítási díj nem igényelhető vissza a Biztosítótól.</li><li>a Gondoskodás 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.</li><li>A Pénztár adatkezelésről szóló tájékoztatója elérhető nyomtatott formában a Pénztár ügyfélszolgálatán, valamint online a Pénztár weboldalán az <a href="#">ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ</a> linken. Aláírással elismerem, hogy az adatkezelésről szóló pénztári tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat tudomásul veszem.</li></ul>													
A biztosítás lemondásáról a társbiztosított(ak)at tájékoztattam.													
Dátum:												Pénztártag aláírása:	