



GONDOSKODÁS SZOLIDÁRIS ALAP / CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS

LEMONDÓ NYILATKOZAT

Kitöltendő és beküldendő 1 példányban

Pénztártag neve																							
Adóazonosító jele:														Tagi azonosítója:									

1.) PÉNZTÁRTAGRA (BIZTOSÍTOTT TAGRA) VONATKOZÓ LEMONDÓ NYILATKOZAT

Kérjük jelölje!

A magam részére **nem igénylem** a Gondoskodás Egészségbiztosítást

A lemondás kezdete: a nyilatkozat adott hó 20-ig történő beérkezését követő hónap 01. napjától

2.) A TÁRSBIZTOSÍTOTT SZEMÉLY(EK)RE VONATKOZÓ LEMONDÓ NYILATKOZAT

Az alábbi bejelentett szolgáltatásra jogosult(ak), mint Társbiztosított(ak) részére a jelzett időponttól **NEM KÉREM** a Gondoskodás Egészségbiztosítást:

Biztosított hozzátartozóra (Társbiztosított 1) vonatkozó lemondás

Társbiztosított neve																							
Adóazonosító jele:														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																							
Adóazonosító jele:														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																							
Adóazonosító jele:														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**

- amennyiben a Gondoskodás Egészségbiztosítást Pénztártagként **saját magam vonatkozásában lemondom**, úgy a korábban biztosításra bejelentett és a szolgáltatást igénylő **Társbiztosított hozzátartozóim biztosítása is megszűnik.**
- amennyiben a hónap 20. napjáig** 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. **A hónap 20. napja után 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.

....., 20..... év hó nap

.....
PÉNZTÁRTAG aláírása

.....
Társbiztosított (1) aláírása

.....
Társbiztosított (2) aláírása

.....
Társbiztosított (3) aláírása