



PannonMed Bázis Csoportos Egészségbiztosítás LEMONDÓ NYILATKOZAT

GEP 107/202601

(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

Kérjük jelölje!

- 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 adatkezeléséről 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.