

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, Andrassy 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
tájékoztatója 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 címe (1535 Budapest Pf.: 861.).