



**KÁRTYA MEGÚJÍTÁST LEMONDÓ NYILATKOZAT**  
Tagsági kártya/társkártya megújításához

Beküldendő eredeti aláírással:

Generali Egészségpénztár 6713 Szeged, Pf.: 109.

**Figyelem!** A nyilatkozatot csak abban az esetben tudjuk figyelembe venni,  
ha azt a kártya *lejáratá előtti 30 nappal írásban jelezték és a Pénztárhoz beérkezett.*

PÉNZTÁRTAG ADATAI

Név:

Tagi azonosító:.....

Születési idő: .....

Anyja neve: .....

Telefonszám: .....

Ezúton nyilatkozom, hogy az alábbi Generali Egészségpénztári kártyá(ka)t **nem kívánom megújítani.**

Kártyán szereplő név: .....

kártyaszám: .....

lejárat ideje: .....

Kártyán szereplő név: .....

kártyaszám: .....

lejárat ideje: .....

Kártyán szereplő név: .....

kártyaszám: .....

lejárat ideje: .....

Dátum: .....

.....

Pénztártag aláírása