

Felhatalmazó nyilatkozat

Generali Egészség- és Önségélyező Pénztár részére szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás díjának rendszeres megfizetéséhez



Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 (1) 452 3333 • www.generali.hu

Biztosítási ajánlat/kötvényszám: _____

Az Öpt. 51/A. § (1) bekezdése alapján az egészségpénztár szolgáltatásait a pénztártagok, illetve rendelkezésük alapján a közeli hozzátartozóik részére nyújthatja.

A pénztártagnak írásban kell nyilatkoznia a szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozói bejelentéséről.

A szolgáltatást a pénztár csak abban az esetben teljesítheti, ha a szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződés szerződője a pénztár tagja és a biztosítási szerződésben megnevezett biztosított személy a pénztártag, vagy a pénztártag szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozója.

A pénztártag azonosító adatai (Az adatok kitöltése kötelező!)

Név: _____ Anja neve: _____

Lakcím: _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____. _____. _____. _____

Lakcímkártya száma: _____ Személyi ig. száma: _____

Egyéb azonosító okmány típusa és száma: _____

Kinek a nevében jár el: Saját Más természetes személy Pénztári tagsági azonosítószám: _____

Telefonszám: _____ Email cím: _____ @ _____

Adóazonosító jel: _____

Alulírott megbízom a Generali Egészség- és Önségélyező Pénztárt, hogy egyéni egészség számlám terhére utalja át a Generali Biztosító Zrt.-vel (továbbiakban: biztosítóval) fennálló, fenti ajánlat/kötvényszámú szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződés rendszeres biztosítási díját a biztosító számlája alapján, a számlában meghatározott esedékességi időpontban. Jelen megbízás

hatályos: 201____. _____. _____. -tól

érvényes: 201____. _____. _____. -ig/visszavonásig.

Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy a Generali Egészség- és Önségélyező Pénztár a megbízás teljesítését a választott díjfizetés gyakoriságának megfelelően, csak egy alkalommal kísérel meg és azt kizárólag abban az esetben tudja sikeresen teljesíteni, ha az egyéni számlámon a szükséges fedezet rendelkezésre áll

(a pénztár a fedezethiány esetén nem ismétli meg a megbízás teljesítését). Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van róla és elfogadom, hogy a Generali Egészség- és Önségélyező Pénztárt a szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítással, illetve annak esetleges díj nemfizetés miatti megszűnésével kapcsolatban semmilyen felelősség nem terheli. Alulírott vállalom, hogy amennyiben az esedékes biztosítási díj az egyéni számlám terhére bármely okból nem kerül kiegyenlítésre, úgy az esedékes díjat egyéb módon fizetem meg a biztosító részére. Tudomásul veszem, hogy amennyiben az esedékes biztosítási díj nem kerül megfizetésre, úgy a biztosítási szerződés - a vonatkozó biztosítási feltételben foglaltak szerint - megszűnik. Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával felhatalmazom a Generali Egészség- és Önségélyező Pénztárt, hogy a fenti ajánlat/kötvényszámú szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződés díjfizetésével kapcsolatos adatokat a Generali Biztosító Zrt. részére átadja, illetve a díjfizetéssel kapcsolatban a biztosítóval közvetlenül egyeztessen. Alulírott ezennel felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt.-t, hogy jelen nyilatkozatot a Generali Egészség- és Önségélyező Pénztár részére átadja

Egészségpénztári szolgáltatásra jogosultak bejelentése

Jogosultak adatai: (A hozzátartozói jellegnél a megfelelőt kérjük megjelölni!)

Név: _____ Születési hely: _____

Adóazonosító: _____ Születési dátum: _____

Hozzátartozói jelleg: házastárs testvér gyermek (örökbefogadott, mostoha, nevelt)

élettárs egyenes ágbeli rokon (pl. nagyszülő, unoka) szülő (örökbefogadó, mostoha, nevelő)

Meghatalmazom az egészségpénztári szolgáltatásra jogosultakat, hogy a Generali Egészség- és Önségélyező Pénztár telefonos egyenleglekérdezése során nevemben és helyettem eljárjanak.

Alulírott kijelentem, hogy teljes körű felelősséget válllok az általam közölt adatok, és a fentiek szerint - az Öpt. 2.§ (4) bekezdés a) pontjában foglalt - közeli hozzátartozói viszony valódiságáért és fennállásáért.

Kelt: _____ Pénztártag aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: _____ Név: _____

Lakcím: _____ Lakcím: _____

Alulírott biztosításközvetítő, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a pénztártag átvilágítását elvégeztem; a pénztártag személyi adatai a bemutatott érvényes okiratokban foglaltaknak megfelelnek.

Biztosításközvetítő neve és aláírása _____