

Kártyalemondó nyilatkozat

A nyilatkozatot Pénztárunk abban az esetben tudja befogadni, ha az legkésőbb a kártya lejáratát megelőző 30 nappal beérkezik a Pénztárhoz.

A nyilatkozatot kérjük postai úton, faxon, az aláírt nyilatkozat szkennelt formában való megküldése esetén e-mail üzenetben vagy személyesen juttassa el Pénztárunkhoz.

PÉNZTÁRTAG ADATAI

A megadott adataimat kérem a pénztári nyilvántartással egyeztetni, eltérés esetén a jelen nyilatkozatban megadott adatokkal a nyilvántartásban lévő adatokat módosítani.

Pénztártag adatai (Az adatok kitöltése kötelező!)			
név:			
tagsági azonosító:			
születési hely, idő:		<input type="text"/>	<input type="text"/>
személyi igazolvány/ útleveél szám:		lakcím kártya száma:	
állandó lakcím:	<input type="text"/>		
levelezési cím:	<input type="text"/>		
e-mail:			
otthoni telefon:		mobil:	

A kártya azonnali letiltását kérem.

Alulírott jelen nyilatkozatommal kijelentem, hogy a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztárnál lévő egyéni számlámhoz kapcsolódó Egészségkártya lejáratát követően újabb főkártyát nem igényelek.

Nyilatkozom továbbá, hogy a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztárnál lévő egyéni számlámhoz kapcsolódó, az alábbiakban jelzett társkártyá(ka)t a lejáratát követően nem igénylem:

Társkártyabirtokos neve:

Társkártyabirtokos neve:

Kelt: _____

Pénztártag aláírása