

Lemondó nyilatkozat

NAVIGÁTOR közösségi alap/csoportos egészségbiztosítás

Pénztártag azonosító adatai - az adatok kitöltése kötelező											
Név:											
Tagsági azonosító:											
Adóazonosító jel:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
E-mail cím:											

Nem igénylem a NAVIGÁTOR Egészségbiztosítást.

A lemondás kezdete: a nyilatkozat adott hó 10. napjáig történő beérkezését követő hónap 1. napjától

Alulírott **jelen lemondó nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy**

- **amennyiben a hónap 10. napjáig** e lemondó nyilatkozatom a Pénztárba beérkezik, úgy a lemondással érintett NAVIGÁTOR Egészségbiztosításra a havi díjfizetési kötelezettség a beérkezés hónapját követő hónap első napjától szűnik meg, továbbá ezen időponttól a Biztosító nem visel kockázatot. **A hónap 10. napja után 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.

Kelt: _____

Pénztártag aláírása