

Nyilatkozat Erste Védelem Csoportos Egészségbiztosítás csatlakozási nyilatkozat visszavonásáról

Biztosított családi és utóneve:	
Biztosított születési helye, dátuma:	
Ügyfélszám:	
Biztosított Erste Banknál vezetett lakossági bankszámlaszáma (amelyhez az Erste Védelem a Csoportos Egészségbiztosítást igényelte):	-----

Alulírott, az Erste Bank Hungary Zrt. mint szerződő és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. mint biztosító között létrejött Erste Védelem Egészségbiztosítás Csoportos Szolgáltatásfinanszírozó Egészségbiztosítási szerződéshez kapcsolódó csatlakozási nyilatkozatom a mai nappal visszavonom,

- a csatlakozás napjától számított 30 napon belül, azonnali hatállyal.
Tudomásul veszem, hogy a biztosítotti jogviszonyom azon a napon 24 órakor szűnik meg, amikor az írásbeli visszavonó nyilatkozat a szerződőhöz beérkezik. A határidőn túl tett azonnali hatályú visszavonást a szerződő a csatlakozási nyilatkozat (nem azonnali hatályú) visszavonásának tekinti, amellyel a biztosítási jogviszonyt a vonatkozó ÁBF 5. pontjában foglalt rendelkezések szerint szünteti meg.
- a csatlakozás napjától számított 30 napon túl.
Tudomásul veszem, hogy a visszavonás hatálya a jelen nyilatkozat beérkezését követő első, rám vonatkozó biztosítási évforduló napja, feltéve, ha az írásbeli visszavonó nyilatkozat legkésőbb a rám vonatkozó biztosítási évforduló napja előtt 40 nappal a szerződőhöz beérkezik. Ha a visszavonó nyilatkozat ezen időpontot követően érkezik be a szerződőhöz, akkor a biztosító kockázatviselése csak a soron következő rám vonatkozó biztosítási évforduló napján szűnik meg. Eddig a napig díjfizetési kötelezettségem teljesítem.

Tudomásul veszem, hogy a visszavonás hatályának napja után szolgáltatás igénylésére már nem vagyok jogosult.

Tudomásul veszem, hogy az Erste Védelem Csoportos Egészségbiztosítási szerződéshez egy éven belül újra nem csatlakozhatok.

Kelt: _____, 20__ év _____ hó _____ nap

.....
Biztosított aláírása

Bank tölti ki!

Átvette:	
Átvétel dátuma:	

A „Nyilatkozat Erste Védelem Csoportos Egészségbiztosítás csatlakozási nyilatkozat visszavonásáról” nyomtatvány kitöltés és aláírás után a Bank következő postacímére kérjük elküldeni:

ERSTE BANK HUNGARY ZRT.-TELESALES Budapest 1933