

## EGÉSZSÉGÉRT Országos Önkéntes Egészségpénztár

Székhely és postacím: H-1037 Budapest, Kunigunda útja 60. A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által kiadott egészségpénztári tevékenységi engedély száma: PSZÁF E-IV/351/2005. Azonosító kód: 351. Nyilvántartja: Fővárosi Bíróság: 16. Pk. 60.540/2005/1. Adószám: 18118573-1-41 Ügyfélszolgálat: 06-1-453-7153, Telefax: 06-1-4537154.  
E-mail: info@egeszsegert.info

Beérkezett: .....

Ügyintéző: .....

### ÁTLÉPÉSI NYILATKOZAT<sup>1</sup>

Név: ..... Tagsági okirat szám:  
Születési név: ..... Anyja születési neve: .....  
Születési hely: ..... Születési idő: ..... (év) .....(hó)..... (nap)  
Adószám: ..... TAJ szám: .....  
Állandó lakcím: .....  
Levelezési cím: .....

az Egészségért Országos Önkéntes Egészségpénztár tagja, ezennel bejelentem, hogy másik önkéntes egészségpénztárba történő átlépésem okából az Egészségért Országos Önkéntes Egészségpénztárral fennálló egészségpénztári tagsági viszonyomat **megszüntettem**.

Kérem az Egészségért Országos Önkéntes Egészségpénztárt, hogy az egészségszámlámon nyilvántartott összeget utalja át a(z) .....  
Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztár ..... számú pénzforgalmi számlájára.

Tudomásul veszem, hogy tagsági viszonyom az átlépés bejelentése pénztár általi kézhezvétele napját magába foglaló hónap utolsó napjával szűnik meg.

Tudomásul veszem, hogy a pénztár az Alapszabályában megjelölt 4.000,-Ft. kilépési költséget levonja pénztárral szembeni követelésemből.

Tudomásul veszem, hogy a pénztár az átlépés napját magába foglaló negyedév utolsó napjára, mint fordulónapra vonatkozóan elszámolást készít. Az elszámolásban kimutatja tagi kötelezettségeket és követeléseket, az átlépés napjától az elszámolás napjáig igénybe vett szolgáltatások kiadásait, valamint a kilépési költséget és a visszatérítendő összeget.

Az Egészségért Országos Önkéntes Egészségpénztár a tag követelésének átutalását legkésőbb a tag átlépési bejelentésének napját magába foglaló negyedévet követő 50. napig elvégzi.

Tudomásul veszem, hogy a pénztárral szemben az elszámolás során a befogadó egészségpénztárba átutalandó összeg megfizetésén kívül semmilyen követelést nem támaszthatok.

Jelen átlépési nyilatkozatom a 24 hónapra lekötött összegeket nem érinti.

Kelt: ....., 200..... év, ..... hó ..... napján:

.....  
a nyilatkozattevő olvasható saját kezű aláírása

<sup>1</sup> A nyilatkozatot kérjük olvashatóan, kettő példányban kitölteni!

## EGÉSZSÉGÉRT Országos Önkéntes Egészségpénztár

Székhely és postacím: H-1037 Budapest, Kunigunda útja 60. A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által kiadott egészségpénztári tevékenységi engedély száma: PSZÁF E-IV/351/2005. Azonosító kód: 351. Nyilvántartja: Fővárosi Bíróság: 16. Pk. 60.540/2005/1. Adószám: 18118573-1-41 Ügyfélszolgálat: 06-1-453-7153, Telefax: 06-1-4537154.  
E-mail: info@egeszsegert.info

### ÁTLÉPÉS VISSZAIGAZOLÁSA<sup>2</sup>

Alant cégszerűen jegyzett ..... Egészségpénztár igazolom,  
hogy ..... (átlépő neve) a(z)  
..... (átvevő pénztár neve) tagja.

A pénztár címe: .....

Bankszámla vezető pénztintézet neve: .....

Bankszámlaszám: .....

Átvevő pénztár kapcsolattartójának neve: ..... Tel/fax: .....

Kelt: .....

.....  
átvevő pénztár cégszerű aláírása

### ZÁRADÉK

A bejelentést az Egészségért Országos Önkéntes Egészségpénztár az alulírott napon és helyen tudomásul vette és a tag tagsági viszonyát átlépés miatt ..... év ..... hó ..... napjával megszüntette, továbbá a nyilatkozat (másod)példányát a tagnak és a munkáltatónak megküldte.

Kelt: .....

.....  
Egészségért Országos  
Önkéntes Egészségpénztár

<sup>2</sup> A megjelölt pénztár adatai és igazolása (az átvevő pénztár tölti ki és hitelesíti)