

Termék: PERFEKT PRO MED Ügyvédi Egészségbiztosítás
Szerződésszám: 44309130
Illetékes: Csoportos személybiztosítási adminisztráció

Alulírott

Név: _____

Születési dátum: _____

Anyja neve: _____

TAJ szám: _____

Lakcím: _____

ezúton nyilatkozom, hogy a fenti kötvényszámú PERFEKT PRO MED Ügyvédi Egészségbiztosítás csoportos egészségbiztosítási szerződés vonatkozásában megtett biztosított csatlakozási nyilatkozatomat visszavonom.

Tudomásul veszem, hogy biztosított jogviszonyom a PERFEKT PRO MED Ügyvédi Egészségbiztosítás biztosítási feltételeinek 4. c) iii pontjában leírtaknak megfelelően a díjjal fedezett időszak utolsó napjának 24. órájával megszűnik.

Kelt: _____, 20__ év _____ hó ____ nap _____
aláírás