

FELHATALMAZÓ NYILATKOZAT

IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár részére szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás díjának rendszeres megfizetéséhez

Biztosítási ajánlat/kötvényszám:

Az Öpt. 51/A. § (1) bekezdése alapján az egészség- és önsegélyező pénztár szolgáltatásait a pénztártagok, illetve rendelkezésük alapján a közeli hozzátartozói részére nyújthatja. A pénztártagnak írásban kell nyilatkoznia a szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozói bejelentéséről. A szolgáltatást a pénztár csak abban az esetben teljesítheti, ha a szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződés szerződője a pénztár tagja és a biztosítási szerződésben megnevezett biztosított személy a pénztártag, vagy a pénztártag szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozója.

A pénztártag azonosító adatai (Az adatok kitöltése kötelező!)

Név: _____	Anyja neve: _____
Lakcím: _____	
Születési hely: _____	Születési idő: _____
Lakcímkártya száma: _____	Személyi ig. száma: _____
Egyéb azonosító okmány típusa és száma: _____	
Kinek a nevében jár el: <input type="checkbox"/> Saját <input type="checkbox"/> Más természetes személy	
Pénztári tagsági azonosítószám: _____	
Telefonszám: _____	Email cím: _____
Adóazonosító jel: _____	

Biztosító neve:
Biztosítás összege:
Díjfizetés gyakorisága:
Bankszámlaszám:
Utalás közleménye:

Alulírott megbízom az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztárt, hogy egyéni egészség számlám terhére utalja át a fent megnevezett biztosítóval fennálló, fenti ajánlat/kötvényszámú szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződésem fent megadott rendszeres biztosítási díját a biztosító számlája alapján, a számlában meghatározott esedékességi időpontban.

Jelen megbízás hatályos:-tól
érvényes:-ig.

Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár a megbízás teljesítését a választott díjfizetés gyakoriságának megfelelően, csak egy alkalommal kísérli meg és azt kizárólag abban az esetben tudja sikeresen teljesíteni, ha az egyéni számlámon a szükséges fedezet rendelkezésre áll (a pénztár a fedezetihiány esetén nem ismétli meg a megbízás teljesítését).

Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van róla és elfogadom, hogy az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztárt a szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítással, illetve annak esetleges díj nemfizetés miatti megszűnésével kapcsolatban semmilyen felelősség nem terheli.

Alulírott vállalom, hogy amennyiben az esedékes biztosítási díj az egyéni számlám terhére bármely okból nem kerül kiegyenlítésre, úgy az esedékes díjat egyéb módon fizetem meg a biztosító részére. Tudomásul veszem, hogy amennyiben az esedékes biztosítási díj nem kerül megfizetésre, úgy a biztosítási szerződés – a vonatkozó biztosítási feltételben foglaltak szerint - megszűnik.

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával felhatalmazom az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztárt, hogy a fenti ajánlat/kötvényszámú szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződésem díjfizetésével kapcsolatos adatokat a biztosító részére átadja, illetve a díjfizetéssel kapcsolatban a biztosítóval közvetlenül egyeztessen.

Alulírott ezennel felhatalmazom a biztosítót, hogy jelen nyilatkozatot az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár részére átadja.

Egészség- és önsegélyező pénztári szolgáltatásra jogosultak bejelentése

Jogosultak adatai: (A hozzátartozói jellegnél a megfelelőt kérjük megjelölni!)

Név: _____ Születési hely: _____
Adóazonosító: _____ Születési dátum: _____

Hozzátartozói jelleg:

- Házastárs Testvér Élettárs Egyenes ágbeli rokon (pl. nagyszülő, unoka)
 Gyermeke (örökbefogadott, mostoha, nevelt) Szülő (örökbefogadó, mostoha, nevelő)

Meghatalmazom az egészségpénztári szolgáltatásra jogosultakat, hogy az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár telefonos egyenleg lekérdezése során nevemben és helyettem eljárjanak.

Alulírott, kijelentem, hogy teljes körű felelősséget vállalok az általam közölt adatok, és a fentiek szerint az Öpt. 2. §(4) bekezdés a) pontjában foglalt közeli hozzátartozói viszony valódiságáért és fennállásáért.

Kelt: _____
Pénztártag aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: _____ Név: _____
Lakcím: _____ Lakcím: _____

Alulírott biztosításközvetítő, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a pénztártag átvilágítását elvégeztem; a pénztártag személyi adatai a bemutatott érvényes okiratokban foglaltaknak megfelelnek.

Biztosításközvetítő neve és aláírása: _____