

Átlépési nyilatkozatot mellé ne felejtse el a Pénztár
Belépési nyilatkozatát is kitölteni!

1. Pénztártag adatai

Kérjük a nyomtatványt **NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL** kitölteni!

Pénztártag neve*		Adóazonosító*																			
Születési idő*																				Anyja születési neve*	
E-mail cím														Mobil telefon							

2. Átlépési rendelkezés

Ezúton bejelentem, hogy a(z) _____ Egészség- / Önségélyező Pénztárnál (továbbiakban Átadó Pénztár) vezetett tagsági jogviszonyomat átlépés jogcímen meg kívánom szüntetni, az egyéni számlámat a Medicover Egészségpénztárban (1134 Budapest, Váci út 29-31., továbbiakban Befogadó Pénztár) kívánom vezetni.

Átadó Pénztár elnevezése	
Átadó Pénztár címe	
Átadó Pénztár tagi azonosító	
Befogadó Pénztár elnevezése	Medicover Egészségpénztár
Befogadó Pénztár címe	1134 Budapest, Váci út 29-31.
Befogadó Pénztár adószáma	19155940-1-41

Alulírott felhatalmazom a befogadó Medicover Egészségpénztárt, hogy a megnevezett Átadó Pénztárnál nevemben az átlépéssel kapcsolatban eljárjon és ezzel összefüggésben pénztártitoknak minősülő személyes adataimat kezelje.

Kérem, hogy az Átadó Pénztárban az egyéni számlámon lévő pénzüsszeget, a befogadó Medicover Egészségpénztárba átutalni szíveskedjenek.

A Pénztár honlapján (www.medicoveregeszsegpenztar.hu) közzétett [Adatkezelési Tájékoztatót](#) megismertem, elolvastam, és az abban foglalt előzetes tájékoztatás alapján a személyes adataim kezeléséhez hozzájárulásomat adom.

Dátum: _____, _____ év ____ hó ____ nap

átlépni kívánó Pénztártag aláírása

Pénztár tölti ki!

Ezúton igazoljuk, hogy a fent nevezett Pénztártag a Medicover Egészségpénztár tagja.

Befogadó Pénztárban az átlépni kívánt személy tagi azonosítója	
--	--

A Medicover Egészségpénztár ezúton kéri az Átadó Pénztárt, hogy a fenti Átlépési nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően járjon el, az átlépési elszámolást készítse el, melyet a Pénztártag és a Pénztár részére küldjön meg.

A Pénztártag egyéni számlájának összegét a Medicover Egészségpénztár **12001008-01667874-00100002** számú bankszámlaszámára kéri átutalni.

Dátum: _____, _____ év ____ hó ____ nap

Medicover Egészségpénztár