

Termék: **Doktor24 csoportos egészségbiztosítás**
Szerződésszám: **55349875**

Alulírott

Biztosított neve: _____

Születési dátum: _____

Anyja neve: _____

TAJ szám: _____

Lakcím: _____

mint Biztosított ezúton nyilatkozom, hogy a fenti kötvényszámú Doktor24 csoportos egészségbiztosítási szerződés vonatkozásában megtett biztosítotti csatlakozási nyilatkozatomat visszavonom. Kiskorú biztosított esetén a biztosított szülői felügyeletet gyakorló törvényes képviselőjeként teszem meg a nyilatkozatot.

Tudomásul veszem, hogy biztosítotti jogviszonyom a Doktor24 csoportos egészségbiztosítás biztosítási feltételeinek 4.1. pontjában leírtaknak megfelelően a reám vonatkozó biztosítási évforduló napján (azaz adott évben a kockázatviselés kezdete napjával megegyező naptári nap) szűnik meg.

Kelt: _____, 20__ év _____ hó ____ nap

Biztosított/törvényes képviselő aláírása