

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ ОТ ЧЛЕНСТВА В ПРОГРАММЕ ДЛЯ ЗАРУБЕЖНЫХ КЛИЕНТОВ «ТОХНИТ ЛЕ-ХЕВРЕЙ ХУЦ»

Я, г-н\г-жа _____, членский номер в кассе «Меухедет» _____,

подтверждаю своей подписью просьбу об отказе от членства в программе для зарубежных клиентов.

Я, нижеподписавшийся/-аяся, настоящим прошу больничную кассу «Меухедет» отменить мое членство в программе для зарубежных клиентов. Данная просьба относится также к другим членам моей семьи (детям до 18 лет, которые зарегистрированы вместе со мной в больничной кассе «Меухедет»).

Паспорт №	Фамилия	Имя	Дата рождения	Пол

Настоящим я отказываюсь от любых претензий, требований и/или исков, имеющихся у меня сейчас и/или которые могут иметься у меня в будущем применительно к программе и всему из нее вытекающему. Мне известно, что я обязан/-а уплатить все свои задолженности по программе до даты подачи данной просьбы.

Во избежание сомнений я заявляю, что мне известно, что мое повторное вступление в программу и вступление членов моей семьи будет осуществляться в соответствии с положениями, действующими на релевантный момент, со всем отсюда вытекающим и в соответствии со страховым полисом, опубликованным на сайте больничной кассы «Меухедет».

Дата отмены моего членства – с момента моего подписания:

Имя и фамилия

Дата

Подпись

Членский номер в «Меухедет»