

VÁLTOZÁSBEJELENTŐ LAP
BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS
 Reaktiválás

Contact Center: 06 40 405 405
 Fax: 06 1 458 4260
 www.signal.hu, info@signal.hu

Kötvényszám			
Szerződő neve			
Szerződő lakcíme			
Születési dátuma		Telefonszáma	

Szerződés megszűnésének dátuma:	_____ év _____ hó _____ nap
Szerződés megszűnésének oka:	

A fenti kötvényszámú biztosítás szerződője és biztosítottja, kérjük a szerződés ismételt érvénybe helyezését. Kijelentjük, hogy visszamenőlegesen szolgáltatási igénnyel nem élünk. Vállaljuk, hogy a hátralékot 8 napon belül (csekken történő befizetéssel) rendezzük a befizetést követően (a biztosítási feltételek szerint) a biztosító a szerződést reaktiválja. A biztosító reaktiválásakor vizsgálhatja a biztosított egészségi állapotát.

 Szerződő

 Biztosított

Kelt	
Szerződő aláírása	

Átvette	
----------------	--