

VÁLTOZÁSBEJELENTŐ LAP
VAGYON 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 igényvel nem élünk, káresemény nem történt. Tudomással bírunk róla, hogy ha a szerződő a szerződés díjnérfizetés miatti megszűnésétől számított 6 hónapon belül díjat fizet, és a biztosító vállalja a kockázatot, a szerződés a díjfizetést követő nap 0 órájától újra hatályba lép.

 Szerződő

 Biztosított

Kelt	
Szerződő aláírása	

Átvette	
----------------	--