

Változásbejelentő lap

Biztosítási szerződés reaktiválás

| | |
|-------------------|--------------|
| Szerződő neve: | Kötvényszám: |
| Születési dátuma: | Telefonszám: |
| Címe: | |

| | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 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. 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: |
|-------|--------------------|----------|