

Kötvényszám:

Felhívjuk figyelmét, hogy a Ptk 6:7§ (4) bekezdése alapján az írásra, illetve olvasásra való képesség hiánya esetén (látássérült állapot okán) a szerződés érvényességéhez további követelmények teljesülése szükséges. Kérjük, jelezze ennek fennálltát a biztosítónak vagy biztosításközvetítőjének. Figyelem minden adat megadása kötelező (kivéve E-mail cím)! Ellenkező esetben sajnós nem tudjuk a kérést teljesíteni.

SZERZŐDŐ

Szerződő neve:	Anyja születési neve:
Születési dátuma, helye:	Címe:

ÚJ SZERZŐDŐ

Új szerződő neve:	
Születési neve:	Születési dátuma, helye:
Anyja születési neve:	Állampolgársága:
Személyi igazolvány száma/cég esetén cégjegyzékszám (nyilvántartási szám):	
E-mail cím:	Telefonszám:
Címe/Székhelye:	
Értékesítési címe (ha eltér a címtől/székhelytől):	

Kijelentem, hogy gondnokság alatt nem állok, ügyeim viteléhez belátási képességgel bírok: (új szerződő)

Új szerződő aláírása:

Alulírott a fenti kötvényszámú biztosítási szerződés új szerződője nyilatkozom, hogy a megkötött biztosítási szerződésre vonatkozó feltételeket megismerem, azokat a korábbi szerződőtől hiánytalanul átvettem, az abban foglaltak tudatában a szerződői kötelezettségeket vállalom, a szerződői jogokra igényt tartok. Továbbá hozzájárulok, hogy a fenti adatok a biztosítási szerződés záradékában rögzítésre kerüljenek.

Kelt:

Előző szerződő aláírása:	Új szerződő aláírása:
--------------------------	-----------------------

Biztosított(ak) aláírása:	Átvette:
---------------------------	----------