

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 sajnos 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:

Új szerződő aláírása:

Biztosított(ak) aláírása:

Átvette: