

# Szerződő módosítási kérelem balesetbiztosítási szerződések esetén

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

Új szerződő neve:	Születési neve:
Születési dátuma, helye:	Adóazonosító jele / adószáma:
Állampolgársága:	Személyi ig. száma / cég esetén cégjegyzékszám (nyilvántartási szám):
Személyi ig.érvényességi ideje:	Lakcímkártya száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe/székhelye:
Értesítési címe (ha eltér a címtől / székhelytől):	
Módosítás hatálya:	

Alulírott a fenti kötvényszámú biztosítási szerződés szerződője nyilatkozom, hogy szerződői jogaimról az új szerződő rovatban megjelölt személy javára lemondok.

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 megismertem, 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: