

Adatváltozást bejelentő lap



KÖTVÉNYSZÁM:

SZERZŐDŐ ADATAI:

Név:

Születési név:

Lakcím:

E- mail:

Telefonszám:

Adóazonosító jel:

BIZTOSÍTOTT ADATAI: AZONOS A SZERZŐDŐVEL? IGEN ☐ NEM ☐

(Ha a válasz igen, úgy a Biztosítottra vonatkozó adatok kitöltése nem kötelező)

Név:

Születési név:

Lakcím:

E- mail:

Telefonszám:

Adóazonosító jel:

AZ ADATVÁLTOZÁS A: SZERZŐDŐRE ☐ BIZTOSÍTOTTRA ☐ VONATKOZIK.

Az adatok megváltozásához szükséges mellékletként csatolni az adatváltozás jogcímét alátámasztó dokumentumokat, ellenkező esetben nem áll a Biztosító módjában az adatváltozást végrehajtani!

MEGVÁLTOZOTT ADATOK:

Családi és utónév:

Lakcím:

Levelezési cím:

Állampolgárság:

Foglalkozás:

E- mail:

Telefonszám:

Lakcímigazoló hatósági igazolvány jele, száma:

Szem. az. okmány jele, száma: szig. ☐ útlevél ☐ jogosítvány ☐

Érvényességi ideje: 20 , év hónap nap

SZERZŐDŐ ÉS BIZTOSÍTOTT NYILATKOZATA:

Alulírott Szerződő/ Biztosított büntetőjogi felelősségem tudatában sajátkezű aláírással igazolom, hogy az általam szolgáltatott adatok a valóságnak megfelelnek, továbbá tudomásul veszem, hogy az adataimban bekövetkezett bármilyen változásokat köteles vagyok 15 munkanapon belül a Biztosítónak jelenteni, ellenkező esetben a biztosítási szerződésemmre irányadó, AÜSZF-ben meghatározott, közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok kerülnek alkalmazásra.

Alulírott Szerződő a fentieket kijelentem.

Alulírott Biztosított a fentieket kijelentem.

Kelt 20 év hónap napján.

Kelt ,20 év hónap napján.

Szerződő

Biztosított