



Reaktiválás (kockázatviselés helyreállítása) igénybejelentő nyomtatvány – kiskorú biztosított esetén

kötvényszám módozat fiókszám

Szerződő neve		születési neve	
előző neve (névmódosítás esetén)		születési helye (ország és település)	
születési ideje	adóazonosító jele	állampolgársága 1	állampolgársága 2
anyja neve		telefonszáma	
e-mail címe			
állandó lakcíme			
levelezési címe			
személyi igazolvány száma		lakcímkártya száma	
útleveél száma (külföldi állampolgár)			
2017. évi LIII. törvény 4 § (1) bekezdésében írtak szerint <input type="radio"/> nem vagyok kiemelt közszereplő <input type="radio"/> kiemelt közszereplő vagyok**			

**Ebben az esetben külön nyilatkozat megtétele szükséges a kiemelt közszereplői státuszról (PEP nyilatkozat)

Kérjük, hogy jelenlegi adatait szíveskedjen feltüntetni! Az Ön által korábban megadott adatokat nyilvántartási rendszerünkben a fenti adatokra módosítjuk. Kérjük, csatolja az érvényes azonosítási okmányainak a másolatát (személyi igazolvány, lakcímkártya, külföldi állampolgár esetén útleveél) valamint a kiemelt közszereplői státuszáról a nyilatkozatot! Ezek hiányában **nem áll módunkban a kérését végrehajtani!**

Kérjük, hogy az elmaradt esedékes díjak kerüljenek befizetésre.

Tájékoztatjuk, hogy a kockázati életbiztosítás visszaállításához szükséges a nyomtatvány hátoldalán lévő részletes egészségfelmérő nyilatkozat kitöltése a szerződésben szereplő összes biztosítotttra vonatkozóan.

Felhívjuk a figyelmét, hogy az egészségfelmérő nyilatkozat alapján újabb kockázatelbírálást végzünk, melynek eredményétől függően dönt a biztosító a szerződés újra életbe léptetéséről.

Amennyiben az egészségfelmérő nyilatkozaton bármelyik pontra igennel válaszol, kérjük, hogy orvosi dokumentum másolatot és kontroll lelet másolatot is csatoljon a nyomtatványhoz!

A kitöltött egészségfelmérő nyilatkozat és az elmaradt esedékes díjak befizetése nélkül a reaktiválás nem hajtható végre.

dátum

Szerződő aláírása

biztosítottak száma

Több biztosított esetén, minden biztosítotttra ki kell tölteni egy-egy nyomtatványt! Kiskorú esetén a kiskorúakra vonatkozó nyomtatványt szükséges kitölteni!

Biztosított neve		születési neve	
előző neve (névmódosítás esetén)		születési helye (ország és település)	
születési ideje	adóazonosító jele	állampolgársága 1	állampolgársága 2
anyja neve		telefonszáma	
e-mail címe			
állandó lakcíme			
levelezési címe			
személyi igazolvány száma		lakcímkártya száma	
útleveél száma (külföldi állampolgár)			

Kérjük, hogy jelenlegi adatait szíveskedjen feltüntetni! Az Ön által korábban megadott adatokat nyilvántartási rendszerünkben a fenti adatokra módosítjuk.

Egészségfelmérő nyilatkozat



kötvényszám biztosított neve születési ideje

magassága: cm testsúlya kg

jelenlegi sporttevékenysége:

sportolási szint: nem sportol hobbi szint hivatásos versenyszerű

kezelőorvosának neve

kezelőorvosának címe

Amennyiben az alábbi kérdések bármelyikére „igen”-nel válaszol, úgy kérjük, részletezze választát!

1. Van-e vele született fejlődési rendellenessége, örökletes betegsége, maradandó egészségkárosodása?

igen

nem

2. Szenved-e valamilyen fogyatékoságban (látás, hallás, értelmi, mozgásszervi) és/vagy egészségkárosodás miatt állt-e orvosi bizottság előtt?

igen

nem

3. Volt-e két hetet meghaladóan beteg? Jelenleg van-e valamilyen betegsége? Átesett-e műtéti beavatkozáson? Terveznek-e Önél a közeljövőben kórházi kezelést, kivizsgálást és/vagy műtéti beavatkozást?

igen

nem

4. Részesül-e rendszeres gyógyszeres kezelésben?

igen

nem

5. Az utóbbi években történt-e Önél olyan baleset, ami ambuláns ellátást vagy kórházi kezelést igényelt?

igen

nem

Aláírással igazolom, hogy Biztosítóval közölt minden adat megfelel a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése és a betegségek elhallgatása a Biztosító mentesülését vonhatja maga után.

dátum:

Biztosított törvényes képviselőjének
(szülő, gyám) aláírása

ügyintéző neve és aláírása, fiókkód
(az Ügyfél azonosítása, aláírás vizsgálata megtörtént)