



CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
Adminisztrációs osztály

Reaktiválási és kármentességi nyilatkozat

Szerződésszám:

Alulírott:					
Születési hely:		Születési idő:	Év	Hó	Nap
E-mail:		Céggjegyzékszám (cég esetén):			

a kötvényszámú biztosítás szerződője nyilatkozom, hogy biztosítási szerződésemet reaktiválni kívánom. Az elmaradt és esedékes biztosítási díjakat napján átutaltam / postai feladóvényen befizettem és a befizetést igazoló dokumentum másolatát jelen nyilatkozathoz mellékelem.

Alulírott:					I. Biztosított:
Születési hely:		Születési idő:	Év	Hó	Nap

Alulírott:					2. Biztosított:
Születési hely:		Születési idő:	Év	Hó	Nap

kijelentem, hogy a szerződés törölt időszakában biztosítási esemény nem következett be.

Alulírottak tudomásul vesszük, hogy amennyiben jelen nyilatkozat a valóságnak nem felel meg, a Biztosító közlési kötelezettség sértésére való hivatkozással a szolgáltatást megtagadhatja.

Kelt: _____ 2 | 0 | | év | | hó | | nap

Szerződő aláírása

I. Biztosított aláírása

2. Biztosított aláírása