



CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
Adminisztrációs osztály

Reaktiválási és kármentességi nyilatkozat csoportos biztosításhoz*

Szerződésszám:

Szerződő					
Alulírott:					
Születési hely:		Születési idő:	Év	Hó	Nap
E-mail:		Céggjegyzékszám (cég esetén):	<input type="text"/>		

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

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

Kelt: _____ 20 | 0 | | év | | hó | | nap |

Szerződő aláírása

* A nyomtatvány második oldalát biztosítottanként külön-külön ki kell tölteni, az első oldalt elegendő egy példányban benyújtani.

Érvényes: 2017. 09. 30-tól

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1300 Budapest, Pf. 177
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-2021



PANNÓNIA
ÉLETBIZTOSÍTÓ

CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
Adminisztrációs osztály

Reaktiválási és kármentességi nyilatkozat csoportos biztosításhoz*

Szerződésszám:

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

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

Alulírott tudomásul veszem, 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 |

Biztosított aláírása

* A nyomtatvány második oldalát biztosítottanként külön-külön ki kell tölteni, az első oldalt elegendő egy példányban benyújtani.