

Megszüntetésre, reaktiválásra és változásbejelentésre vonatkozó kérelem

kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződések esetén



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Kötvényszám:

Szerződő adatai

Név:

Születési idő:

Telefonszám:

Biztosított adatai

Név:

Születési idő:

Telefonszám:

FELMONDÁS (30 napon belüli)

Életbiztosítást tartalmazó TestŐr kockázati személybiztosítás esetén, a kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belül

A kötvény kézhezvételének napja:

- ☐ **Alulírottak nyilatkozunk, hogy életbiztosítást tartalmazó TestŐr** kockázati személybiztosítási szerződésünket a mai napon felmondjuk. Tudomásul vesszük, hogy a biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésének időpontjára (kockázatviselés kezdetére) visszamenőlegesen megszűnik, valamint a szerződés nem reaktiválható.

REAKTIVÁLÁS (1-6 havi díjmaradás esetén igényelhető)

- ☐ Mint a szerződés szerződője/biztosítottja kérjük a fenti kötvényszámú szerződés reaktiválását.

Tudomásul vesszük, hogy a reaktiválás feltétele a teljes elmaradt biztosítási díj megfizetése és vállaljuk, hogy az első elmaradt díj esedékességének napjától (a fizetési késedelem első napja) keletkezett díjhátralékot legkésőbb a biztosító által megküldendő kötvény kézhezvételétől számított 8 napon belül rendezzük. A díjmaradás átutalással is teljesíthető a 12001008-00132054-00100004 bankszámlaszámra, a kötvényszám közlemény rovatban történő feltüntetésével.

Tudomásul vesszük, hogy ha a fenti határidőn belül a teljes elmaradt díjat nem fizetjük meg a biztosító részére, úgy a biztosító az általános szerződési feltételekben foglaltak szerint jár el (a szerződést megszünteti).

Elfogadjuk, hogy az első elmaradt díj esedékességének időpontja és a reaktiválás időpontja közti időtartamra vonatkozóan szolgáltatási igény bejelentésére nincs lehetőség. Kijelentjük, hogy ezen időszakra igényt nem jelentünk be.

Tudomásul vesszük, hogy a biztosító a reaktiválási kérelem tárgyában a döntés meghozatalához szükséges valamennyi adat és irat benyújtásától számított 30 napon belül hoz döntést. Amennyiben a biztosító a reaktiválási kérelem elbírálása során kockázatalbírást végez, úgy tudomásul vesszük, hogy az Egészségi nyilatkozat és az azon bekért orvosi dokumentumok csatolása kötelező.

FOGLALKOZÁS, SPORTTEVÉKENYSÉG VÁLTOZÁSA, MEGSZŰNÉSE

Foglalkozás

- ☐ Biztosított új foglalkozásának megnevezése:

Megkezdésének időpontja:

Sporttevékenység

- ☐ A biztosított mely sporttevékenységet hagyta abba? Időpontja:

- ☐ Biztosított jelenlegi (új) sporttevékenysége: Kezdeti időpontja:

Jelenlegi sporttevékenység szintje: ☐ Hivatásos sportoló ☐ Élvonalbeli sportoló ☐ Regionális szinten versenyző

☐ Területi szinten versenyző sportoló ☐ Hobbi sportoló

(Kiegészítő sportkérdőív kitöltése kötelező; bűvázkodás, hegymászás, autó-motorsport, privát-sportrepülés esetén.)

.....
Kelt

.....
Szerződő aláírása
(jogi személy esetén: cégszerű aláírás)

.....
Biztosított aláírása
(kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő – szülő, gyám, gondnok aláírása)

Biztosító tölti ki!

Név:	PH.
Szervezeti egység:	
Aláírás:	