

UNION

VIENNA INSURANCE GROUP

Tartamhosszabbítási igény bejelentése

Visszaküldési elérhetőségeink: **Postacím:** UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Adminisztráció
H-1380 Budapest, Pf. 1076
E-mail: ugyfelszolgalat@union.hu
Ügyfélszolgálat: H-1134 Budapest, Váci út 33.

Szerződésszám: _____

Szerződő neve/Cégnév: _____

Cégjegyzékszám: ____ - ____ - _____

Születési hely/idő: _____ / ____ / ____

Anyja neve: _____

Állandó lakcím/Székhely: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házsám _____ emelet _____ ajtó

Biztosított neve: _____

Alulírott, mint a fenti szerződésszámú szerződés szerződője, kérem a fenti számú életbiztosítási szerződésem tartamát
__ __ egész évvel meghosszabbítani.

A kérelem végrehajtására a Biztosító formai és tartalmi elbírálását, valamint jóváhagyását követően kerülhet sor.

A tartamhosszabbítási igény kizárólag teljes biztosítási év(ek)re vonatkozhat.

FIGYELEM!

A szerződés módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, amennyiben a szerződő személyével nem egyezik meg.

Kelt: _____, _____

szerződő aláírása_____
biztosított aláírása