

**Szerződésmódosítási nyilatkozat
az Alfa NEO Lakásbiztosításhoz kapcsolódó kiegészítő
Utas- és Kisállat-biztosításhoz, valamint
CT és MR szolgáltatáshoz**

Kézi kitöltés esetén, kérjük nyomtatott nagybetűkkel töltsé ki a nyomtatványt!

Szerződésszám:

Szerződő vezetékneve: _____ utóneve: _____
Kockázatviselés címe: _____
irányítószám: _____ helység: _____
út/utca/tér: _____ házszám: _____ emelet: _____ ajtó: _____

SEMÉLY-, KOCKÁZATI ÉLET-, UTASBIZTOSÍTÁS

1. Biztosított
vezetékneve: _____ utóneve: _____
Neme: ☐ Férfi ☐ Nő Születési idő: _____ év _____ hó _____ nap

Utasbiztosítás		CT és MR szolgáltatás		Kórházi napi térítés		Biztosítási összeg (Ft)
Kérem	Nem kérem	Kérem	Nem kérem	Kérem	Nem kérem	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ 5.700 Ft/nap ☐ 9.500 Ft/nap

2. Biztosított
vezetékneve: _____ utóneve: _____
Neme: ☐ Férfi ☐ Nő Születési idő: _____ év _____ hó _____ nap

Utasbiztosítás		CT és MR szolgáltatás		Kórházi napi térítés		Biztosítási összeg (Ft)
Kérem	Nem kérem	Kérem	Nem kérem	Kérem	Nem kérem	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ 5.700 Ft/nap ☐ 9.500 Ft/nap

3. Biztosított
vezetékneve: _____ utóneve: _____
Neme: ☐ Férfi ☐ Nő Születési idő: _____ év _____ hó _____ nap

Utasbiztosítás		CT és MR szolgáltatás		Kórházi napi térítés		Biztosítási összeg (Ft)
Kérem	Nem kérem	Kérem	Nem kérem	Kérem	Nem kérem	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ 5.700 Ft/nap ☐ 9.500 Ft/nap

KISÁLLATBIZTOSÍTÁS

Sorszám	1. ☐ Kérem ☐ Nem kérem	2. ☐ Kérem ☐ Nem kérem	3. ☐ Kérem ☐ Nem kérem
Állat neve			
Születési dátum			
Neme			
Faj			
Fajta név			
Különös ismertető jel			
Utolsó oltás dátuma			
Utolsó oltás száma			
Chip azonosító			
Állattulajdonos neve			

A módosítással járó, szolgáltatásarányos díjmódosítást elfogadom.

Tudomásul veszem, hogy

- a biztosító igényemet ajánlatként kezeli és élhet a biztosítási szabályzat, illetve a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) adta elutasítási jogával.
- a változtatások szerződésmódosítási nyilatkozatomnak a biztosító részére történt átadást követő hónap első napjától lépnek hatályba. Az egyes kiegészítőkre a feltételekben meghatározott várakozási idő szerződésmódosítási nyilatkozatomnak a Biztosítóhoz való beérkezésétől számítva kezdődik.

Kelt: _____ év _____ hó _____ nap

Szerződő aláírása:

X