Magyar Posta Életbiztosító Zrt.
1535 Budapest, Pf. 952 (1022 Budapest, Bég u. 3–5.) • Fax: 06 1 423 4298
Ügyfélszolgálat: 06 1 200 4800 (H 8.00-20.00, K-P 8.00-18.00) • www.postabiztosito.hu

Posta Biztosító

Változásbejelentő – életbiztosítási termékekkel kapcsolatos adatváltozás bejelentéséhez

Az eredeti példány a biztosítónál marad, a másolatot az Ügyfél kapja meg.

Ajánlat-/szerződésszám: I | | | | | | | | | | | | I

Biztosítási termék megnevezése:

Szerződő adatai (aki a módosítandó szerződésen „Szerződő"-ként szerepel)

Név: ..... Születési idő: .....

Alulírott Szerződő ezúton bejelentem, hogy a szerződésben rögzített alábbi adatok megváltoztak. Kérem a módosítások átvezetését!
Kérjük, töltse ki az adatváltozást, ahol szükséges, „x"-el jelölje választását!

Adatváltozás ☐ Szerződő ☐ Biztosított

☐ Régi név: ..... ☐ Új név: .....
☐ Állampolgárság: ..... ☐ Lakcímkártya száma: .....
☐ Azonosító okmány típusa és száma: .....
☐ Foglalkozás: ..... ☐ Adóilletőség, adóazonosító jel: .....
☐ Telefonszám: ..... ☐ E-mail cím*: .....

* A SZERZŐDŐ HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZATA ELEKTRONIKUS ÉRTESÍTÉS KÜLDÉSÉHEZ: alulírott jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok, hogy a biztosító az általam megadott e-mail címemre a szerződés megkötésével, kezelésével, megszüntetésével kapcsolatos, illetve bármely – a szerződést érintő – egyéb értesítést, tájékoztatást, információt elektronikus úton küldhessen részemre, és ebből a célból az e-mail címemet kezelje. Ezúton nyilatkozom, hogy a megadott e-mail címet folyamatos használom, és a változásáról a biztosítót haladéktalanul tájékoztatom.

☐ Lakcím (székhely): I | | | | I .....
☐ Levelezési cím: I | | | | I .....
☐ Díjfizetés üteme: ☐ Éves ☐ Féléves ☐ Negyedéves ☐ Havi
☐ Díjfizetés módja: ☐ Csekk ☐ Átutalás ☐ Csoportos beszedési megbízás ***(Kérjük, csatolja a felhatalmazást!)***
☐ Bankszámlaszám: I | | | | | | | I — I | | | | | | | I — I | | | | | | | I Bank neve: .....

Kedvezményezett(ek) – személy/adatváltozás

Ha a Szerződő és a Biztosított személye eltér, a Biztosított aláírása is szükséges! Több Kedvezményezett esetén a kedvezményezettség aránya összesen 100% legyen! A Biztosított nem lehet Haláleseti Kedvezményezett!

Haláleseti /1/ Név: .....
Születési név: .....
Anyja születési neve: .....
Születési hely, idő: ..... I | | | | I | | I | | I
Cím: .....
Kedvezményezettség aránya: I | | I %

Haláleseti /2/ Név: .....
Születési név: .....
Anyja születési neve: .....
Születési hely, idő: ..... I | | | | I | | I | | I
Cím: .....
Kedvezményezettség aránya: I | | I %

Elérési /1/ Név: .....
Születési név: .....
Anyja születési neve: .....
Születési hely, idő: ..... I | | | | I | | I | | I
Cím: .....
Kedvezményezettség aránya: I | | I %

Elérési /2/ Név: .....
Születési név: .....
Anyja születési neve: .....
Születési hely, idő: ..... I | | | | I | | I | | I
Cím: .....
Kedvezményezettség aránya: I | | I %

Szerződő azonosítása

Alulírott postai munkatárs aláírásommal igazolom, hogy a személyesen megjelent Szerződőnek a 2007. évi CXXXVI. tv. (Pmt.) szerinti azonosítását a személyazonosság igazolására alkalmas hatósági igazolványok egyidejű bemutatásával, és az okiratok érvényességének ellenőrzésével elvégeztem.
Azonosító okmány típusa és száma: .....

Kelt: ..... 20.....év ..... hó .....nap

..... Postai munkatárs aláírása

Aláírásommal hitelesítem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek.

Kelt: ..... 20.....év .....hó .....nap

PH

..... Szerződő aláírása
..... Biztosított aláírása
..... Postai munkatárs aláírása

Nyomtatványszám: S 200000 24 1608