Magyar Posta Biztosító 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 – nem életbiztosítási termékekkel kapcsolatos adatváltozás bejelentéséhez

Az egyik példány a biztosítóé, a másik példány az Ügyfélé.

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

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! CSAK A VÁLTOZÁSOKAT TÖLTSE KI!

Adatváltozás ☐ Szerződő ☐ Biztosított ☐ Társbiztosított ☐ Biztosított vagyontárgy

☐ Régi név: ..... ☐ Új név: .....
☐ Azonosító okmány típusa és száma: ..... ☐ Lakcímkártya száma: .....
☐ Foglalkozás: ..... ☐ Állampolgárság: .....
☐ 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 – egyebek mellett a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról szóló 2009. évi LXII. törvény (Gfbt.) 17. § (5) bekezdés alapján a (4) bekezdésben meghatározott értesítést (díjátsoroló levél) – elektronikus úton küldhessen részemre, és ebből a célból az e-mail címemet kezelje. Ezúton nyilatkozom, hogy a megadott e-mail címet folyamatosan használom, és a változásáról a biztosítót haladéktalanul tájékoztatom.

Kérjük,"x"-el jelölje a választását!

Adatváltozás ☐ Lakcím ☐ Lakcím és levelezési cím ☐ Levelezési cím

☐ Lakcím (székhely): | | | | | .....

(A kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási szerződés díja az adott biztosítási időszakban bejelentett lakcímváltozás miatt a biztosítási évfordulóig nem változik.)

☐ Levelezési cím: | | | | | .....

☐ Díjfizetés üteme: ☐ Éves ☐ Féléves ☐ Negyedéves ☐ Havi ***(Kérjük, vegye figyelembe a díjfizetési ütemre és módra vonatkozó szabályokat!)***

☐ Díjfizetés módja: ☐ Csekk ☐ Átutalás ☐ Csoportos beszedési megbízás ***(Kérjük, csatolja a felhatalmazást!)***

☐ Bankszámlaszám: | | | | | | | | — | | | | | | | | — | | | | | | | | Bank neve: .....

☐ Biztosított gépjármű adatai (***PostaAutóŐr/PostaCasco***)

☐ Új rendszám: ..... ☐ Új forgalmi engedély szám: ..... ☐ Eladás ***(Kérjük, csatolja az adásvételi szerződés másolatát!)***

☐ Bonus-malus fokozat átvezetése – előzménybiztosító neve: ..... Előzményszerződés kötvényszáma: .....

☐ Forgalomból történő kivonás ☐ ideiglenes ☐ végleges ***(Kérjük, csatolja a forgalmi engedély és/vagy a kivonást elrendelő határozat másolatát!)***

PostaTestŐr/PostaMentőÖv/Posta Családi Biztosítás Baleseti Haláleseti Kedvezményezett(ek) – személy vagy 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 Kedvezményezett! Társbiztosított adatváltozása esetén is szükséges a Szerződő aláírása!

Az adatváltozás a ☐ **Biztosítottra** ☐ **Társbiztosítottra vonatkozik (Kérjük jelölre X-el!)**

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

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

Egyéb módosítási igény:

.....
.....
.....

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

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

PH

....
Szerződő aláírása Biztosított/Társbiztosított aláírása Postai munkatárs aláírása

Nyomtatványszám: S 000000 17 1906