

EGYÉNI SZEMÉLYBIZTOSÍTÁS ADATBEKÉRŐ

Ajánlatkérő neve:
Ajánlatkérő címe:
Ajánlatkérő telefonszáma:
Ajánlatkérő e-mail címe:
Ajánlatkérő fax száma:

Biztosított neme és születési dátuma: Férfi Nő
Biztosítási szerződés tartama (1-25 év):

ÉLETBIZTOSÍTÁS

Kockázati életbiztosítás összege (Ft):

BALESETBIZTOSÍTÁS

Baleseti halál összeg (Ft):

Baleseti rokkantság összege (Ft):

Csonttörés összege (Ft):

Baleseti kórházi napi térítés összege/nap (Ft):

Baleseti műtéti térítés (Ft):

Égési sérülés (Ft):

Baleseti keresőképtelenség napi összege/nap (Ft):

Közlekedési baleseti halál összeg (Ft):

Közlekedési baleseti rokkantság összege (Ft):

Baleseti költségtérítés összege (Ft):

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS

Kórházi napi térítés összege/nap (Ft):

Műtéti térítés összege (Ft):

Kiemelt kockázatú betegségek összege (Ft):

Rokkantság összege I.-II. rokkantsági csoport esetén (Ft):

Rokkantság összege I.-II.-III. rokkantsági csoport esetén (Ft):

Keresőképtelenségi napi térítés összeg/nap (Ft):

Biztosított foglalkozása:

Biztosított sporttevékenysége:

Biztosított sporttevékenységének minősége: Hobby Hivatalos

Díjfizetés üteme: Havi Negyedéves Féléves Éves

Díjfizetés módja: Csekk Átutalás Inkasszó

Egyéb közlemény:

Dátum:

Aláírás: