



Reaktiválási nyilatkozat

Címzett

AXA Biztosító Zrt. Ügyfélszolgálat

Telefax: 06 1 268 1389

Szerződő neve: _____

Születéskori neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő: _____ / _____ / _____ Születési hely: _____

Állampolgárság: _____ Személyi igazolvány száma: _____ Lakcímkártya száma: _____

Állandó lakcím _____
irányítószám helység utca, út házsám

Biztosított neve: _____

Születéskori neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő: _____ / _____ / _____ Születési hely: _____

Állampolgárság: _____ Személyi igazolvány száma: _____ Lakcímkártya száma: _____

Állandó lakcím _____
irányítószám helység utca, út házsám

A _____ kötvényszámú biztosítási szerződést reaktiválni kívánjuk.

Az elmaradt és esedékes biztosítási díjakat _____ Ft összegben _____ án:

a _____ - _____ sz. folyószámláról átutaltattam

a _____ számú postautalványon befizettem és

a befizetést igazoló dokumentum dokumentum másolatát mellékelem.

Az összeg átutalásakor a közlemény rovatba a kötvényszámot szíveskedjen feltüntetni.

Biztosított nyilatkozata:

Van-e kezeletlen, jelenleg vizsgálat alatt lévő, vagy már kezelt betegsége?

igen nem

Az utóbbi egy évben volt-e betegállományban, vagy vizsgálták-e járóbeteg ellátás keretében, illetve állt-e fekvőbeteg gyógyintézeti kezelés alatt?

igen nem

Volt-e műtete, vagy terveznek-e Önnél műtétet, beavatkozást?

igen nem

Az igennel megjelölt válaszokat kérjük, hogy bővebben fejtsse ki és kérelme mellé az orvosi dokumentációt mellékelni szíveskedjen.

Alulírottak tudomásul vesszük, hogy amennyiben jelen nyilatkozat a valóságnak nem felel meg a Biztosító közlési kötelezettség sértésre való hivatkozással a szolgáltatást megtagadhatja.

Dátum

Szerződő aláírása

Biztosított aláírása

A faxot az ügyfél felelősségére – a gyorsabb ügyintézés érdekében – az AXA Biztosító Zrt. 06 1 268 1389-es fax számára lehet továbbítani, de az eredetét egy munkanapon belül postai úton is továbbítani kell a következő címre: 1441 Budapest, Pf. 428.