

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
 1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
 Honlap: www.alfa.hu

Szerződésszám: Módozat neve:

Kapcsolódó TLB/TLK/Praktika azonosító:

Szerződő vezetékneve: utóneve:

Kockázatviselési cím:

irányítószám: helység:

út/utca/tér: házszám: emelet: ajtó:

Kérem a szerződésben az alábbi vagyonszoportok, illetve kiegészítő kockázatok biztosítási összegeinek alábbiak szerinti változtatását:

A vagyonszoport, kiegészítő kockázat megnevezése	Eddigi biztosítási összeg (eFt)	Kért biztosítási összeg (eFt)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kérem szerződésemben az alábbi kiegészítő biztosítások változtatását:

Kiegészítő biztosítás	Kérem	Nem kérem
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Egyéb módosítási igény:

A módosítással járó, szolgáltatásarányos díjmódosítást elfogadom.

Tudomásul veszem, hogy

- a biztosító igényemet ajánlatként kezeli és élhet a biztosítási szabályzat, illetve a Ptk. adta elutasítási jogával.
- amennyiben a biztosító elfogadja módosítási igényemet, 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 indul.

Kelt: év hó nap

Szerződő aláírása*:

* Nyilatkozom, hogy az általam megadott adatok a valóságnak megfelelnek és hozzájárulok, hogy a Biztosító, az általam nyilvántartott adatokat a fentieknek megfelelően módosítsa.