

Adresát: Administratívne oddelenie poisťovne CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

Žiadosť o zmenu zmluvy vzťahujúca sa na platenie poistného

Číslo poistnej zmluvy:

Meno a priezvisko:			Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:		
Miesto a dátum narodenia:			Telefónne číslo:		
V prípade firmy DÍC:			IČO:		

I. Dolupodpísaný/á na horevudenú poistnú zmluvu, prosím zmenu intervalu platenia poistného od nasledujúceho výročia poistnej zmluvy.

☐ ročné ☐ polročné ☐ mesačné*

II. Dolupodpísaný/á na horevudenú poistnú zmluvu, prosím zmenu doby platenia poistného.

Doba platenia poistného: rokov***

Podpísaný/á ako Zmluvná strana poistenia pod číslom vyhlasujem vedomý/á svojej trestnoprávnej zodpovednosti, že údaje nahlásené pre poisťovňu CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. v tomto vyhlásení zodpovedajú skutočnosti, ďalej vyhlasujem, že Všeobecné a Osobitné podmienky životného poistenia som spoznal/a a prijal/a.

Miesto: Deň Mesiac Rok 2 0

Podpis zmluvnej strany

Podpis 1. Poisteného

Podpis 2. Poisteného

* Prosíme Vás, vyberte taký interval platenia poistného, ktorý zodpovedá Všeobecným a Osobitným podmienkam poistenia!

** Prosíme Vás, vyberte takú dobu platenia poistného, ktorý zodpovedá Všeobecným a Osobitným podmienkam poistenia!

Platné od 1. októbra 2015