

Žádost o reaktivaci pojistné smlouvy

Z2067

Číslo pojistné smlouvy

Pojistník

Příjmení, jméno, titul / Obchodní firma:

Rodné číslo / IČ

Telefon

E-mail

Trvalé bydliště / Sídlo společnosti

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

Kontaktní adresa (vyplňte pouze v případě, pokud není shodná s adresou trvalého bydliště)

Lze uvést upřesnění adresy (např. bytem u... nebo obchodní firma)

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

Jako pojistník žádám o reaktivaci výše uvedené pojistné smlouvy k datu a její pokračování bez přerušení platnosti.

Uvedené údaje v adrese budou zaevidovány v našem informačním systému.

Pojištěné osoby

1. pojištěný Vyplňte v případě, že nejste současně pojistníkem.

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

2. pojištěný

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

1. pojištěné dítě

Příjmení, jméno

Rodné číslo

2. pojištěné dítě

Příjmení, jméno

Rodné číslo

3. pojištěné dítě

Příjmení, jméno

Rodné číslo

