

NYILATKOZAT

Kötvényszám:

Biztosított neve:

Születési ideje:

Címe:

A Tájékoztató füzetben megjelölt biztosítási esemény vonatkozásában kedvezményezett(ek)ként az alábbi személy(eke)t jelölöm meg.

1. Kedvezményezett neve:

Címe:

Születési ideje:

Kedvezményezettségi aránya: %

2. Kedvezményezett neve:

Címe:

Születési ideje:

Kedvezményezettségi aránya: %

3. Kedvezményezett neve:

Címe:

Születési ideje:

Kedvezményezettségi aránya: %

Amennyiben a biztosított nem jelöl kedvezményezettet, úgy a baleseti halál esetére járó szolgáltatás a biztosított törvényes örökösét (örököseit) illeti meg.

Hozzájárulok, hogy a Biztosító a szerződés körében adataimat kezelje. Kijelentem, hogy a szolgáltatási igény elbírálása során a jelenleg, vagy a jövőben engem kezelő egészségügyi intézményeket, orvosokat, valamint a társadalombiztosítás kifizető helyét, közigazgatási szerveket, hatóságokat és más biztosító társaságokat felmentem a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepével szembeni titoktartási kötelezettségük alól.

Dátum:

Biztosított aláírása: