

Utastbiztosítás-hosszabbítási kérelem

AWP P&C SA
Magyarországi Fióktelep

Telefon: 06 23 507 416
Fax: 06 23 507 414

Feladó neve:
Cég:
Telefon:
Fax:
Dátum:

A hosszabbítandó kötvény adatai:

Biztosított neve:.....

Biztosított születési ideje:.....

Kötvényszám:.....

Biztosítás időtartama:.....-tól.....-ig×

×Amennyiben a biztosított nem jelzi a biztosításának hosszabbítási kérelmét lekésőbb a biztosítási időtartam lejáratá előtt, úgy a kötvény nem hosszabbítható!

Kötvény kiállításának dátuma:.....

Befizetett díj:..... Ft

A hosszabbítás időtartama:.....-tól..... -ig.

Alulírott kijelentem, hogy az eddig eltelt biztosítási időszak alatt személyemet érintő biztosítási esemény nem történt, és a fenti számú biztosítási kötvényre vonatkozóan kárigénnyel az AWP P&C SA. felé nem kívánok élni.

Kérjük a fenti hosszabbítás engedélyezését!

.....

ügyfél vagy meghatalmazott aláírása

A fenti utastbiztosítás hosszabbítását: engedélyezzük nem engedélyezzük.

Dátum: Budaörs,

AWP P&C SA.
Magyarországi Fióktelep
(aláírás, pecsét)