

Nyilatkozat díjvisszatérítés igényléséhez

Biztosított neve:.....

Születési dátuma:.....

Állandó lakhelye:.....

Levelezési címe (ha az előzőtől különbözik):.....

.....

Biztosítási kötvény száma:.....

Teljes biztosítási időtartam:.....-tól-ig

A visszatérítendő időszak kezdete:.....

Kérem a fennmaradó napra vonatkozóan (**-10% önrész**) a biztosítási díj,,- Ft

visszafizetését az alábbi:

Postacímre:

vagy

Bankszámlaszámra:

Bank neve:

Bankszámla tulajdonos neve:

Bankszámla tulajdonos címe:

Alulírott kijelentem, hogy az eddig eltelt biztosítási időszak alatt személyemet érintő biztosítási esemény nem történt, és a fenti számú biztosítási kötvényre vonatkozóan kárigénnyel az Európai Utazási Biztosító Zrt. felé nem kívánok élni. A fenti sorszámú biztosítási kötvényt mellékelem.

Dátum:

Biztosított aláírása
(kiskorú esetén törvényes képviselő)

Tanú 1:

.....

név

.....

lakcím

.....

sz. ig. szám

.....

aláírás

Tanú 2:

.....

név

.....

lakcím

.....

sz. ig. szám

.....

aláírás