

Všeobecná žiadosť

investičné životné poistenie

Číslo poisťnej zmluvy

úrazové poistenie

Číslo poisťnej zmluvy

oslobodenie od platenia poisťného
pri pracovnej neschopnosti a trvalej invalidite

Číslo poisťnej zmluvy

Identifikačné údaje žiadateľa (Poistník)

Priezvisko, meno, titul / Názov firmy

Rodné číslo/IČO

Číslo občianskeho preukazu

Telefón

E-mail

Týmto Vás žiadam:

V prípade nedostatku miesta na písanie pokračujte, prosím, na druhej strane, prípadne priložte ďalší hárok.

Predložené doklady (počet príloh):

Podpis poistníka

Miesto a dátum

Vyplnené a podpísané tlačivo prosíme zaslať na adresu:

Basler Sachversicherungs-AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava

Basler Lebensversicherungs-AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava

BAL 07.14

BAU 07.14