

VÁLTOZÁSBEJELENTŐ LAP
BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS
DÍJMENTESÍTÉSÉHEZ

Contact Center: 06 40 405 405

Fax: 06 1 458 4260

www.signal.hu, info@signal.hu

Kötvényszám			
Szerződő neve			
Szerződő címe			
Születési dátuma		Telefonszáma	

A fenti kötvényszámú biztosítási szerződés szerződője, kérem – az alábbi időponttól – a biztosítási szerződéselem díjmentesítését.

	év		hó	01	naptól
--	----	--	----	----	--------

Amennyiben Ön fenn kívánja tartani a **szerződés életbiztosítási részét** (valamint a kiegészítő biztosításokat), úgy a díjmentes tartam alatt mentesül a megtakarítási díjrész fizetése alól, azonban az életbiztosítás díját és a kezelési költséget továbbra is fizetnie kell.

Ha **Ön nem kívánja fenntartani a szerződés életbiztosítási részét**, akkor a díjmentesítés tartama alatt csak a kezelési költséget kell fizetnie és a biztosító az érintett időszakra nem vállal kockázatot.

Kelt	
------	--

Szerződő aláírása	
-------------------	--

Átvette	
---------	--