

# Változásbejelentő lap

## Biztosítási szerződés díjmentes leszállításához

Szerződő neve:	Kötvényszám:
Születési dátuma:	Telefonszám:
Címe:	

A fenti kötvényszámú biztosítási szerződés szerződője, kérem – az alábbi időponttól – a biztosítási szerződésem díjmentes leszállítását. Tudomásul veszem, hogy a kiegészítő biztosítások a díjmentesítést követően érvényüket veszítik.

	év		hó	1	naptól
--	----	--	----	---	--------

Kelt:		
Szerződő aláírása:	Biztosított aláírása:	Átvette: