

Változásbejelentő lap

Biztosítási szerződés díjmentesítéséhez

Kötvényszám:

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| Szerződő neve:   | Születési dátuma: |
| Születési helye: | Telefonszám:      |
| Címe:            |                   |

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

Dátum: 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: |
|-------|--------------------|

Adatokat ellenőrizte/rögzítette: ☐ biztosításközvetítő ☐ ügyfélszolgálati munkatárs

|                                               |                 |
|-----------------------------------------------|-----------------|
| Átvevő neve (nyomtatott betűkkel):            |                 |
| Biztosításközvetítő MNB nyilvántartási száma: |                 |
| Átvevő aláírása:                              | Átvétel dátuma: |

(\*Függő biztosításközvetítő vagy ügyfélszolgálati munkatárs esetén a nyilatkozat az átvétel dátumával, független biztosításközvetítők esetében a rendelkező nyilatkozat a biztosítóhoz való beérkezés dátumával hatályosul.)