

Változásbejelentő lap

Befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződés befektetési egységeinek áthelyezéséhez

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

A fenti kötvényszámú biztosítási szerződés szerződője, biztosítási szerződésemen az alábbi módosítás/(ok) végrehajtását kérem.

Kérem, hogy a kezdeti felhalmozási eseti befektetési egységeket az alábbi táblázatban megjelölt felosztás alapján áthelyezni szíveskedjenek.

BEFEKTETÉSI ALAP NEVE, AMELYBŐL AZ EGYSÉGEK ÁTHELYEZÉSÉT KÉREM	FELOSZTANDÓ RÉSZ
	%
BEFEKTETÉSI ALAP NEVE, AMELYBE AZ EGYSÉGEK ÁTHELYEZÉSÉT KÉREM	FELOSZTÁSI ARÁNY
	%
	%
	%
	%

BEFEKTETÉSI ALAP NEVE, AMELYBŐL AZ EGYSÉGEK ÁTHELYEZÉSÉT KÉREM	FELOSZTANDÓ RÉSZ
	%
BEFEKTETÉSI ALAP NEVE, AMELYBE AZ EGYSÉGEK ÁTHELYEZÉSÉT KÉREM	FELOSZTÁSI ARÁNY
	%
	%
	%
	%

BEFEKTETÉSI ALAP NEVE, AMELYBŐL AZ EGYSÉGEK ÁTHELYEZÉSÉT KÉREM	FELOSZTANDÓ RÉSZ
	%
BEFEKTETÉSI ALAP NEVE, AMELYBE AZ EGYSÉGEK ÁTHELYEZÉSÉT KÉREM	FELOSZTÁSI ARÁNY
	%
	%
	%
	%

Tudomásul veszem, hogy a biztosító csak abban az esetben tudja végrehajtani a módosítást, ha a Változás Bejelentő lapot a szerződő/biztosított pontosan, olvashatóan, egyértelműen tölti ki és eljuttatja a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. központjába. Elfogadom, hogy kérésemre a módosítást a SIGNAL IDUNA Biztosító a biztosítási szerződés feltételeiben meghatározott időpontban hajtja végre.

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.)