

Változásbejelentő lap
Befektetéshez kötött életbiztosítási szerződés
befektetési egységeinek átirányításához

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

A fenti kötvényszámú biztosítási szerződés szerződője, a jövőben esedékes rendszeres díjakat az alábbiak szerint kérem befektetni:

BEFEKTETÉSI ALAP NEVE	FELOSZTÁSI ARÁNY
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%

Elfogadom, hogy kérésemre a módosítást a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. 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.)