



Változásbejelentő lap rendkívüli díjszüneteltetéshez

A változásbejelentő lap kitöltését megelőzően kérjük, szíveskedjen tájékozódni arról, hogy az Ön által megkötött szerződés feltételei tartalmazzák-e rendkívüli díjszünneteltetés lehetőségét.

SZERZŐDŐ ADATAI	
Szerződő neve:	Kötvényszám:
Szerződő születési dátuma:	Telefonszáma:
Szerződő címe:	

A fenti kötvényszámú biztosítási szerződés szerződője, kérem a biztosítási szerződésen a rendkívüli díjszüneteltetés végrehajtását.

A rendkívüli díjszűneteltetés kezdete: 0 1.

NYILATKOZAT	
Amennyiben Ön rendelkezik kockázati kiegészítő biztosítással kérjük nyilatkozatát:	
☐	Kockázati kiegészítő biztosításom megszüntetését kérem a fenti kötvényszámú alapszerződés rendkívüli díjszüneteltetésével együtt.
☐	Kockázati kiegészítő biztosításom megtartását kérem a fenti kötvényszámú alapszerződés rendkívüli díjszüneteltetésével együtt.

A RENDKÍVÜLI DÍJSZÜNETELTETÉSEL KAPCSOLATOS FONTOSABB TUDNIVALÓK
A szerződő a szerződés kezdetétől számított 12 hónapra elvárt mindenkori rendszeres díjak beérkezését követően, legkésőbb 33 hónapra elvárt mindenkori rendszeres díjak beérkezéséig egy alkalommal 3 hónapos időtartamra kérheti a szerződés rendkívüli díjszüneteltetését, az utolsó díjrendeztetéséget követő maximum 30 napon belül, amennyiben az erre irányuló írásos nyilatkozatát a jelzett határidőig a biztosítóhoz megküldi.
A rendkívüli díjszüneteltetési időszak alatt a biztosító kockázatviselése továbbra is fennáll.
A rendkívüli díjszüneteltetési időszak alatt a szerződésre eseti díjak bármikor befizethetőek.
A rendkívüli díjszüneteltetés időtartama nem meghosszabbítható, közvetlenül utána normál díjszüneteltetés nem kérhető addig, amíg a szerződés kezdetétől számított 36 hónapra elvárt mindenkori rendszeres díj be nem érkezik a szerződésre.
A rendkívüli díjszüneteltetési időszak lejártát követően a szerződés újra díjkötelessé válik és az esedékes díjról a biztosító értesíti a szerződőt.

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 beér-kezés dátumával hatályvosul.)