

SIGNAL ROYAL (GG004) | Befektetési egységekhez kötött életbiztosítás
Változásbejelentő lap befektetési stratégia módosításához

Szerződő neve:	Kötvényszám:
Születési dátuma:	Telefonszám:
Állandó lakcíme:	

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

Figyelem! A főszámlán, valamint az eseti befizetéseken befizetés azonosítónként csak egy stratégia lehet érvényben!

1) A **PortfólióFix stratégia** módosítását kérem a jelenlegi alapfelosztás mellett vagy az alábbi célportfólió megadásával a megjelölt befektetési egységekre vagy befizetésekre:

Befektetési egység típusa vagy befizetés azonosító	Jelenlegi alapfelosztás mellett	Célportfólió megadásával			Stratégia	
		Stabilitás	Harmónia	Dinamika	bekapcsolása	kikapcsolása
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Választható egységtípusok: Bónusz és Megtakarítási egységtípusok együttesen (főszámla), vagy Eseti.

Eseti egységtípusok esetén a befizetési azonosító(k) megadása kötelező! Amennyiben nem ad meg befizetés azonosítót, a rendelkezés valamennyi eseti alszámlára vonatkozik.

2) Az **Életciklus stratégia 3.0** módosítását kérem az alábbiakban megjelölt befektetési egységekre/befizetésekre:

Befektetési egység típusa vagy befizetés azonosító	Stratégia	
	bekapcsolása	kikapcsolása
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

Választható egységtípusok: Bónusz és Megtakarítási együttesen (főszámla) vagy Eseti.

Eseti egységtípusok esetén a befizetési azonosító(k) megadása kötelező! Amennyiben nem ad meg befizetés azonosítót, a rendelkezés valamennyi eseti alszámlára vonatkozik.

Tudomásul veszem, hogy a biztosító csak abban az esetben hajta módosítást, ha a Változásbejelentő lapot a szerződő pontosan, olvashatóan, egyértelműen tölti ki és eljuttatja a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. központjába. Elfogadom, hogy kérésemre a módosítást a biztosító a biztosítási szerződés feltételeiben meghatározott módon és időpontban hajta végre. A PortfólióFix és az Életciklus stratégia 3.0 részletes szabályait a feltételek 4. számú melléklete tartalmazza.

Kelt:	Aláírás:
-------	----------

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.)