

Változásbejelentő lap
befektetési egységek áthelyezéséhez

EXKLUZÍV SZÁMLA 2.0 | Befektetési egységekhez kötött életbiztosítás

Szerződő neve:	Kötvényszám:
Születési dátuma:	Telefonszáma:
Lakcíme:	

A fenti kötvényszámú biztosítási szerződés szerződője, a biztosítási szerződésen az alábbi módosítások végrehajtását kérem.
(A két lehetőség közül csak egy választható.)

1) Az alábbi egyedi felosztás szerint a megjelölt befektetési egységek áthelyezését kérem:

Befektetési egység típusa, vagy befizetés azonosító	Ahonnan az áthelyezést kérem		Ahová az áthelyezést kérem	
	Befektetési alap neve	(%)	Befektetési célalap(ok) neve	(%)

Választható egységtípusok: Bónusz és Megtakarítási együttesen (főszámla) vagy Eseti. Eseti befizetések áthelyezése esetén a befizetési azonosító(k) megadása kötelező. Amennyiben nem ad meg befizetés azonosítót, a rendelkezés valamennyi eseti alszámlára vonatkozik.

2) Az alábbi célportfólió megadásával a megjelölt befektetési egységek / befizetések áthelyezését kérem (a megfelelő rész aláhúzandó):

Befektetési egység típusa vagy befizetés azonosító	Célportfólió		
	Stabilitás	Harmónia	Dinamika
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Választható egységtípusok: Bónusz és Megtakarítási együttesen (főszámla) vagy Eseti. Eseti befizetések áthelyezése 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 hajtja végre a 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 hajtja végre. Az áthelyezés részletes szabályait a feltételek 9.1. pontja tartalmazza.

Kelt:	Aláírás:
-------	----------

Adatokat ellenőrizte/rögzítette: ☐ biztosításközvetítő ☐ ügyfélszolgálati munkatárs

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

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