

Változásbejelentő lap

Biztosítási szerződés díjfizetéssel kapcsolatos módosításához

A rendelkező nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy az MNB 11/2024. (IX.24.) számú a biztosítási alapú befektetési termékek értékesítése során felmerülő érdekkonfliktusok azonosításáról és kezeléséről elnevezésű ajánlása alapján összeférhetetlenségi (érdekkonfliktusos) helyzet állhat elő, ha egy korábban kötött biztosítás alapú befektetési szerződésem díját a biztosításközvetítő közreműködésével csökkentem annak érdekében, hogy új, hasonló szerződést kösssek. Tudomással rendelkezem arról, hogy ebben az esetben anyagi veszteséget szenvedhetek el, illetve akár jelentős többletköltségeim is keletkezhetnek. Kijelentem, hogy a biztosításközvetítő az előbbiekkel egyező tartalmú részletes szóbeli tájékoztatást adott részemre, és nem adott az előbbiekkel ellentétes tartalmú tájékoztatást, tanácsot.

Kötvényszám:	
Szerződő neve:	
Szerződő címe:	
Születési dátuma:	Telefonszáma:

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

DÍJFIZETÉSI GYAKORISÁG MÓDOSÍTÁSA					
	év		hó		naptól
	havi		negyedéves		féléves
					éves

Kérjük X-el jelölje meg a választott díjfizetési gyakoriságot.

A díjfizetési gyakoriság megváltoztatása csak abban az esetben lehetséges, ha az egyik díjesedékesség a biztosítás évfordulójára esik. A díjfizetés gyakoriságának a váltása során, módosul a kedvezmény mértéke is.

DÍJFIZETÉSI MÓD VÁLTÁSA					
	év		hó		naptól
	Csoportos beszedés				Átutalás

Kérjük X-el jelölje meg a választott díjfizetési módot.

Csoportos beszedés beállításához szükséges adatok:

Kedvezményezett adatai:

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

Kedvezményezett azonosítója:

A10828704

Szerződő fél azonosítója a kedvezményezettnél (fogyasztói azonosító):

A szerződés kötvényszáma

DÍJMÓDOSÍTÁSI KÉRELEM	
A fenti kötvényszámú biztosítási szerződés szerződője, kérem – az alábbi időponttól – a biztosítási szerződésem díjának módosítását	
Ft/	☐ havi ☐ negyedéves ☐ féléves ☐ éves biztosítási díjról
Ft/	☐ havi ☐ negyedéves ☐ féléves ☐ éves biztosítási díjra módosítani.
Módosítás hatálya:	év hó 01 nap

Kelt:	
Szerződő aláírása:	Biztosított 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 biztosításközvetítő esetén a rendelkező nyilatkozat a biztosítóhoz való beérkezés dátumával hatályosul.)