

Nyilatkozat biztosítási összeg változásáról

Szerződő adatai:				
Név/cégnév*:				
Születés kori név:				
Anyja születés kori neve:			Adóazonosító jel/adószám*:	
Születési ideje:	Év <input type="text"/>	Hó <input type="text"/>	Nap <input type="text"/>	Céggjegyzékszám*:
Állandó lakcím/Székhely címe*:	<input type="text"/>			
Levelezési cím (ha eltér a fentitől):	<input type="text"/>			
E-mail:			Mobiltelefon:	<input type="text"/>
(Amennyiben már rendelkezik MyMetLife hozzáféréssel, az e-mail és mobilszám megadásával automatikusan hozzájárul a MyMetLife szerződésben rögzített elérhetőségeinek módosításához!)				

Kérem, a fenti ajánlatszámon/kötvényzámon nyilvántartott biztosítási szerződéseim biztosítási összegeit a jövőre vonatkozóan alábbiak szerint módosítani szíveskedjenek:

Főbiztosítás**:	
<input type="checkbox"/> Biztosítási összeg módosítás	<input type="text"/> Forintra / Euróra (Kérjük a megfelelő devizanemet aláhúzni!)
<input type="checkbox"/> Csökkentés minimális biztosítási összegre	

Kiegészítő biztosítás(ok)**:	
Kiegészítő biztosítás 1.	
Kiegészítő biztosítás neve: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Biztosítási összeg módosítás	<input type="text"/> Forintra / Euróra (Kérjük a megfelelő devizanemet aláhúzni!)
<input type="checkbox"/> Csökkentés minimális biztosítási összegre	
<input type="checkbox"/> Egyéb: <input type="text"/>	
Kiegészítő biztosítás 2.	
Kiegészítő biztosítás neve: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Biztosítási összeg módosítás	<input type="text"/> Forintra / Euróra (Kérjük a megfelelő devizanemet aláhúzni!)
<input type="checkbox"/> Csökkentés minimális biztosítási összegre	
<input type="checkbox"/> Egyéb: <input type="text"/>	
Kiegészítő biztosítás 3.	
Kiegészítő biztosítás neve: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Biztosítási összeg módosítás	<input type="text"/> Forintra / Euróra (Kérjük a megfelelő devizanemet aláhúzni!)
<input type="checkbox"/> Csökkentés minimális biztosítási összegre	
<input type="checkbox"/> Egyéb: <input type="text"/>	

Kelt: , év hónap nap

Szerződő saját kezű aláírása***

A fenti biztosítási szerződésre vonatkozó szerződőváltást tudomásul veszem, és aláírással elfogadom.

Biztosított saját kezű aláírása

* Jogi személy esetén

** Kérjük megfelelően bejelölni

*** Jogi személy esetén cégszerű aláírása