

## Nyilatkozat biztosítási összeg változásáról

Szerződő adatai:				
Név/cégnév*:				
Születés kori név:				
Anyja születés kori neve:			Adóazonosító jel/adószám*:	
Születési ideje:	Év <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hó <input type="text"/> <input type="text"/>	Nap <input type="text"/> <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/kötvényszámon nyilvántartott biztosítási szerződéseim biztosítási összegeit a jövőre vonatkozóan alábbiak szerint módosítani szíveskedjenek:

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

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

**Biztosított** saját kezű aláírása

\* Jogi személy esetén

\*\* Kérjük megfelelően bejelölni

\*\*\* Jogi személy esetén cégszerű aláírása