

**MAKSUNJAKOILMOITUS**Ryhmäeläke  
LuottamuksellinenPalautusosoite:  
OP-Henkivakuutus Oy  
Ryhmäeläkevakuutukset  
PL 308  
00013 OPSähköposti: OP-ryhmaelake@op.fi  
Faksi: 010 252 7983

Vakuutuksenottaja ilmoittaa tällä lomakkeella maksujen jakautumisen ja henkilömuutokset vakuutuksessa. Maksunjaon tulee olla vakuutusyhtiön tiedossa viimeistään viisi (5) pankkipäivää ennen vakuutusmaksun maksamista.

Mikäli tiedot eivät mahdu yhdelle sivulle, voitte täyttää tarvittaessa useamman lomakkeen tai toimittaa lomakkeen tiedot sähköisesti.

Vakuutuksenottaja: \_\_\_\_\_  
Vakuutusnumero: \_\_\_\_\_  
Maksettava maksu, €: \_\_\_\_\_

| Vakuutettu | Henkilötunnus | Vakuutusmaksu/<br>henkilö, € | Uusi  | Poisto | Lisäys/Poisto pvm. |
|------------|---------------|------------------------------|-------|--------|--------------------|
| _____      | _____         | _____                        | _____ | _____  | _____              |
| _____      | _____         | _____                        | _____ | _____  | _____              |
| _____      | _____         | _____                        | _____ | _____  | _____              |
| _____      | _____         | _____                        | _____ | _____  | _____              |
| _____      | _____         | _____                        | _____ | _____  | _____              |
| _____      | _____         | _____                        | _____ | _____  | _____              |
| _____      | _____         | _____                        | _____ | _____  | _____              |
| _____      | _____         | _____                        | _____ | _____  | _____              |
| _____      | _____         | _____                        | _____ | _____  | _____              |
| _____      | _____         | _____                        | _____ | _____  | _____              |
| _____      | _____         | _____                        | _____ | _____  | _____              |

OP-Henkivakuutus Oy jakaa kaikki tulevat vakuutusmaksut tämän tai aiemman ilmoituksenne mukaisesti siihen saakka, kunnes toimitatte uuden ilmoituksen.

Allekirjoitus

Paikka, aika ja vakuutuksen yhteyshenkilön tai nimenkirjoitusoikeudellisen henkilön allekirjoitus

\_\_\_\_\_