

Die Veränderung(en) gilt (gelten) ab: _____ Polizzennr.: _____

VersicherungsnehmerIn

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geb.Datum: _____

lkz/Plz/Ort: _____ Kunden-Nr.: _____

Gewünschte ÄnderungZahlungsweg Einzugsermächtigung (liegt bei – bitte unterschreiben) Zahlschein**Versicherungsnehmer / Prämienzahler**

(Änderungen des aktuellen, oder die Daten eines neuen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers)

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geb.Datum: _____

lkz/Plz/Ort: _____ Kunden-Nr.: _____

Sonstiges: _____

Der Versicherungsnehmer (Antragsteller) ist alleine für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers müssen in geschriebener Form erfolgen. Abmachungen und Erklärungen sind für den Versicherer nur verbindlich, wenn sie schriftlich ausgefertigt und vom Versicherer firmenmäßig gezeichnet sind. Ich bestätige den Erhalt einer Formulkopie. Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen.

Als Betreuer: _____

Datum _____

Telefon: _____

Unterschrift des bisherigen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers _____

Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers _____