

Die Veränderung(en) gilt (gelten) ab: _____ 0 Uhr Polizzenummer: _____

VersicherungsnehmerIn

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geb.Datum: _____

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

Gewünschte Änderung

Zahlungsweg Einzugsermächtigung (liegt bei – bitte unterschreiben) Zahlschein

Zahlungsrhythmus jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich (nur mit Einzugserm. möglich)

Versicherungsort

PLZ _____ Ort _____

Straße _____

Vinkulierung zugunsten

Änderung der Daten der/des aktuellen VersicherungsnehmerIn

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geb.Datum: _____

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

Prämienzahler (wenn nicht ident mit dem Versicherungsnehmer)

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geb.Datum: _____

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

Stillegung Datum der Stilllegung: _____ Datum der Reaktivierung: _____

HINWEIS: Wenn außer den oben angeführten Änderungen weitere Änderungen gewünscht werden, können diese nur in Verbindung mit einem Versicherungsantrag erfolgen. 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 schriftlich 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

Unterschrift des bisherigen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers

Telefon: _____

Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers