

ÄNDERUNGSFORMULAR für VERSICHERUNGSNEHMER

Vorname: _____ Nachname: _____

Gesellschaft: _____ Polizzennr.: _____

Folgende Änderung(en) soll(en) durchgeführt werden (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Namensänderung wie folgt:

Vorname: _____ Nachname: _____

Adressänderung wie folgt:

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Kontaktdaten-Änderung wie folgt:

Telefon Nr.: _____

E-Mail Adresse: _____

Fax Nr.: _____

Änderung der Bankdaten wie folgt:

Name der Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Änderung des Bezugsrechts wie folgt:

Vorname1: _____ Nachname1: _____

Geb.datum1: _____ Anteil: _____

Vorname2: _____ Nachname2: _____

Geb.datum2: _____ Anteil: _____

Änderung des Kennzeichens wie folgt:

Neues Kennzeichen: _____

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmers