

Bezugsberechtigungsänderung

Versicherungsnehmer

Name, Vorname :

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort :

Geburts-Datum : E-Mail :

Telefon-Nr.: Handy-Nr.:

Versicherungsschein-Nr.:

Versicherungsgesellschaft :

Neuer Bezugsberechtigter :

Frau Herr

Name, Vorname :

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort :

Geburts-Datum :

ab sofort : oder ab Datum :

nur für den Todesfall :

Wird eine anlassbezogene Beratung (wg. Bezugsberechtigungsänderung) zu den bestehenden Verträgen gewünscht ? Ja Nein

Schriftliche Bestätigung der Bezugsberechtigungsänderung wird gewünscht : Ja Nein

Sonstiges :

Datum, Ort :



Unterschrift Kunde

Reset