

Vertragsübernahme

.....

Ort, Datum

An -Versicherung

Betrifft Polizzen-Nr.:

Bitte um Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft von:

Name:

Geb.-Datum:

Adresse:

auf neuen Versicherungsnehmer:

Name:

Geb.-Datum:

Adresse:

Neue Zahlungsweise: ☐ Monatlich ☐ Jährlich

☐ Erlagschein

☐ Abbucher:

IBAN:

BIC:

Bank:

.....
Unterschrift alter Versicherungsnehmer

.....
Unterschrift neuer Versicherungsnehmer