

Absender:

An:

Veränderungsanzeige

Pol. Nr.:

Versicherungsnehmer: (Name, Anschrift)

1	Adressänderung	neue Adresse siehe oben!
---	----------------	--------------------------

2	Änderung Zahlweise	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich
---	--------------------	---

3	Änderung Zahlungsart	<input type="checkbox"/> Zahlschein
		<input type="checkbox"/> Abbuchungsauftrag laut Beilage

4	Bezugsrechtänderung auf:	
---	--------------------------	--

5	Prämienfreistellung ab:	
---	-------------------------	--

6	Sonstige Änderungen	
---	---------------------	--

.....
Ort, Datum Unterschrift Versicherungsnehmer