**Vertragsübernahme**

An       -Versicherung

Betrifft Polizzen-Nr.:

Grund:

**Bitte um Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft von:**

Name:       Geb.-Datum:

Adresse:

**auf neuen Versicherungsnehmer:**

Name:       Geb.-Datum:

Adresse:

**Neue Zahlungsweise:** [ ]  Monatlich [ ]  ¼ Jährlich [ ]  ½ Jährlich [ ]  Jährlich

 [ ]  Erlagschein

 [ ]  Abbucher:

IBAN:       BIC:

Bank:

     ,

Ort, Datum

..............................................................

Unterschrift alter Versicherungsnehmer

..............................................................

Unterschrift neuer Versicherungsnehmer