**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