



Veränderungsanzeige Krankenversicherung

Die Veränderung(en) gilt (gelten) ab: _____ **Polizzenummer:** _____

VersicherungsnehmerIn

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geb.Datum: _____

IKZ/PLZ/Ort: _____ Kunden-Nr.: _____

Gewünschte Änderung

Zahlungsweg Einzugsermächtigung (liegt bei – bitte unterschreiben) Zahlschein

Versicherungsnehmer / Prämienzahler
(Änderung des aktuellen, oder die Daten eines neuen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers)

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geb.Datum: _____

IKZ/PLZ/Ort: _____ Kunden-Nr.: _____

Sonstiges: _____

Der Versicherungsnehmer (Antragssteller) ist alleine für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers müssen schriftlich erfolgen. Abmachungen und Erklärungen sind für den Versicherer nur verbindlich, wenn sie schriftlich ausgefertigt und vom Versicherer firmenmäßig gezeichnet sind. Ich bestätige den Erhalt einer Formulkopie. Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen.

Ort, Datum

Unterschrift des bisherigen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers

Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers

Als Berater: _____

Telefon: _____