

Vertragsübernahme

An die _____ -Versicherung

Betrifft Pol.Nr. _____

Bitte um Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft von:

Name: _____ Geb.Dat.: ____ . ____ . ____

Adresse: _____ , _____

auf neuen Versicherungsnehmer:

Name: _____ Geb.Dat.: ____ . ____ . ____

Adresse: _____ , _____

Tel.Nr.: _____ Mail: _____

Vertragsübernahmedatum: ____ . ____ . ____

Restguthaben an:

IBAN: AT _____ BIC: _____

Bank: _____

Neue Zahlungsweise: Monatlich Jährlich

Erlagschein

Abbucher:

IBAN: AT _____ BIC: _____

Bank: _____

Unterschrift alter Versicherungsnehmer

Linz, ____ . ____ . ____

Unterschrift neuer Versicherungsnehmer