

Antrag auf Namensänderung

Dieses Formular zur Namensänderung ist von allen Versicherungsnehmern auszufüllen und zu unterzeichnen, auf die sich die Versicherungspolizze bezieht. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an Clerical Medical Investment Group Limited, European Branch Office, Randwycksingel 35, P.O. Box 377, NL-6200 AJ Maastricht, Niederlande.

Sie können das Formular zur Namensänderung auch per Fax an die folgende Nummer senden: +31 43 356 5001. Falls Sie weitere Informationen benötigen, finden Sie diese in den Polizzenbedingungen. Sie können sich auch an Ihren Versicherungsvermittler wenden.

A. Bisheriger Name des Versicherungsnehmers

Polizzennummer:

Nachname/Vorname(n)

Adresse (bitte PLZ angeben)

B. Neuer Name des Versicherungsnehmers

Nachname/Vorname(n)

Grund der Namensänderung: Heirat Scheidung Anderer

Bitte berücksichtigen Sie, dass ein Beleg über die Namensänderung unbedingt beigefügt werden muss.

C. Unterschriften

Unterschrift des 1. Versicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift des 2. Versicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

Herausgegeben von:

Clerical Medical Investment Group Limited, European Branch Office, Randwycksingel 35, NL-6229 EG Maastricht (P.O. Box 377, NL-6200 AJ Maastricht), Niederlande. Eingetragen im Handelsregister der Industrie- und Handelskammer Zuid-Limburg („Kamer van Koophandel Zuid-Limburg“) unter der Nummer 14062727.

Clerical Medical Investment Group Limited

Eingetragen in England und Wales unter der Nummer 3196171. Eingetragener Sitz: 33 Old Broad Street, London EC2N 1HZ, Großbritannien. Zugelassen und beaufsichtigt in Großbritannien durch die Financial Services Authority.

Kostenfreie Kunden-Hotline: 0800 809 309

Tel. +31 43 356 5000

Fax +31 43 356 5001

www.clericalmedical.at