

Antrag zur Vertragsänderung – Berufsunfähigkeitsvorsorge

Vermittlernummer: _____ Vermittlername: _____

Versicherungsnummer: _____

Kundendaten

Versicherungsnehmer

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Versicherte Person

identisch mit VN

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Beantragte Vertragsänderungen (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Umstellung Schülerklausel auf BU Derzeitige berufliche Tätigkeit: _____
(Azubi-Klausel/Studentenklausel erforderlich/beigefügt?)

Umstellung Studentenklausel auf BU Derzeitige berufliche Tätigkeit: _____
(Azubi-Klausel/Studentenklausel erforderlich/beigefügt?)

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Versicherte Person

Unterschrift Vermittler