

Formular Adressenänderung

Dieses Formular zur Adressenänderung ist von allen Versicherungsnehmern auszufüllen und zu unterzeichnen, auf die sich der Versicherungsvertrag bezieht. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an **Clerical Medical Investment Group Limited, European Branch Office, Randwycksingel 35, NL-6229 EG Maastricht (P.O. Box 377, NL-6200 AJ Maastricht), Niederlande.**

Sie können das Formular zur Adressenänderung auch per Fax an die folgende Nummer senden: 0031(0) 433565001.

Falls Sie weitere Informationen benötigen, finden Sie diese in den Versicherungsbedingungen.

Sie können sich auch an Ihren Versicherungsvermittler wenden.

A. Name Versicherungsnehmer

Vorname(n)/Nachname Versicherungsnehmer

Bisherige Adresse Versicherungsnehmer
(bitte PLZ angeben)

Vertragsnummer:

B. Neue Adresse

Straße
PLZ, Ort
Land

C. Unterschriften

Unterschrift Versicherungsnehmer

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift zweiter Versicherungsnehmer
--

Datum (TT/MM/JJJJ)

Herausgegeben von:

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.

Kundenservice:

Clerical Medical Investment Group Limited, European Branch Office, Randwycksingel 35, NL-6229 EG Maastricht (P.O. Box 377, NL-6200 AJ Maastricht), Niederlande.

Eingetragen bei der Kamer van Koophandel in Maastricht unter der Nummer 14062727.

Tel. +31 43 356 5000, Fax +31 43 356 5001.

www.clericalmedical.de