

Antrag auf Stornierung von Auszahlungen

Dieses Formular zur Stornierung von beantragten Auszahlungen ist von allen Versicherungsnehmern auszufüllen und zu unterzeichnen, auf die sich die Versicherungspolize bezieht. Im Fall eines Versicherungsvertrags, für den eine Abtretung/Verpfändung vorliegt, ist das Formular auch vom Gläubiger zu unterzeichnen. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an unseren Servicepartner: Heidelberger Leben Service Management GmbH, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg, Deutschland. Sie können das Formular zur Stornierung von Auszahlungen auch per Fax an die folgende Nummer senden: +49 (0) 6221 872-2751 oder per E-Mail an austria@clericalmedicaladmin.eu.

Polizzenummer:

A. Angaben zum Versicherungsnehmer

1. Versicherungsnehmer

Nachname/Vorname(n)

Adresse (bitte PLZ angeben)

2. Versicherungsnehmer

Nachname/Vorname(n)

Adresse (bitte PLZ angeben)

B. Stornierung der beantragten Auszahlungen

Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir die beantragten Auszahlungen

mit kommandem Werktag nach Eingang bei der Verwaltung

per Datum (TT/MM/JJJJ)

stornieren will/wollen.

C. Unterschriften

Sämtliche anderen Vertragsinhalte sind von der von mir/uns gewünschten Änderung nicht betroffen.

Unterschrift des 1. Versicherungsnehmers

Unterschrift des 2. Versicherungsnehmers

Unterschrift des Abtretungsgläubigers (Bank)

X	X	X
---	---	---

Datum (TT/MM/JJJJ)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Falls Sie weitere Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihren Berater oder direkt an unseren Servicepartner.