Kundenauftrag Änderung der Anschrift

Beratung durch:

Stöver, Hermann & Partner GmbH
Hollerallee 25 • 28209 Bremen
Tel.: 0421 / 3 48 55-0 • Fax: 0421 / 3 49 11 44
info@shp-bremen.de
http://www.shp-bremen.de/

Versicherungsnehmer:

Persönlicher Ansprechpartner:

Änderung der Anschrift	Bitte vermerken Sie die Änderung der Anschrift und bestätigen Sie Erledigung.
Vertragsnummer(n) **Versicherungsunternehmen** **optional Fax / Mail**	
Wirksamwerden der Änderung	☐ ab ☐ ab sofort
Die Änderung der Anschrift gilt für folgende Verträge	☐ alle Verträge des Versicherungsnehmers ☐ ausschließlich für die oben genannten Verträge
Anschrift neu	Strasse: PLZ Ort:
Optional: Anschrift alt	Strasse: PLZ Ort:
Hinweis für den Versicherer	☐ Sofern es sich bei den Verträgen um einen Hausrat- oder Geschäftsinhaltsvertrag handelt, ändern Sie den Versicherungsort bitte entsprechend der neuen Anschrift.
Weitere Hinweise	
Unterschrift des Versicherungsnehmers	**Ort, Datum, Unterschrift**
Rev001 vom 14.10.2009	☐ Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor.