

Sie können Ihre gewünschten Änderungen auf diesem Blatt notieren und uns dieses **bis spätestens 30. November einreichen**.

Absender:

Hiermit beantrage(n) ich/wir mit Wirkung ab 1. Januar des nächsten Kalenderjahres folgende Änderungen:

Vers.-Nr.:	Name	Vorname	Mit Unfall
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Franchise:	<input type="checkbox"/> 300 (0) <input type="checkbox"/> 500 (0) <input type="checkbox"/> 1000 (0)	<input type="checkbox"/> 1500 (200) <input type="checkbox"/> 2500 (600) <input type="checkbox"/> 2000 (400)	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Franchise:	<input type="checkbox"/> 300 (0) <input type="checkbox"/> 500 (0) <input type="checkbox"/> 1000 (0)	<input type="checkbox"/> 1500 (200) <input type="checkbox"/> 2500 (600) <input type="checkbox"/> 2000 (400)	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Franchise:	<input type="checkbox"/> 300 (0) <input type="checkbox"/> 500 (0) <input type="checkbox"/> 1000 (0)	<input type="checkbox"/> 1500 (200) <input type="checkbox"/> 2500 (600) <input type="checkbox"/> 2000 (400)	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Franchise:	<input type="checkbox"/> 300 (0) <input type="checkbox"/> 500 (0) <input type="checkbox"/> 1000 (0)	<input type="checkbox"/> 1500 (200) <input type="checkbox"/> 2500 (600) <input type="checkbox"/> 2000 (400)	

(In Klammern sind die Franchisen-Ansätze für Kinder angegeben)

Bitte senden Sie uns zusätzlich folgende Unterlagen:

- Klarsichthüllen für den/die Versicherungsausweis(e) _____ Stück
- Aktuelle Leistungsübersicht für bestehende Zusatzversicherung(en)
- Aktuelle Versicherungsbedingungen für bestehende Zusatzversicherung(en)
- Prämienzahlung und/oder Kostenbeteiligung über das Bank- (LSV) oder Postkonto (BAD)
- Bemerkungen, weitere Änderungen:

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer(in)