

Rückkaufsformular

Policennummer:

VERSICHERUNGSNEHMER

Familienname / Firmenname		
Titel, Vorname		
Geburts- / Gründungsdatum		
Steueridentifikationsnummer/n		
Steuerort/e		

- Teilerückkauf Betrag _____ Währung _____
- Totalrückkauf (Originalpolice **muss** beigelegt werden)
- Titelübertragung
- Cashübertragung

Kündigungsgrund (bitte immer angeben!)

Zahlungsempfänger

Ist identisch mit Versicherungsnehmer/n

Kontodaten zur Auszahlung

Kontoinhaber
Name der Bank
Adresse der Bank
BIC / SWIFT
IBAN

Mit dem Vorstehenden erkläre ich mich/erklären wir uns einverstanden.

Ort und Datum	Ort und Datum
▶ Unterschrift 1. Versicherungsnehmer	▶ Unterschrift 2. Versicherungsnehmer