

Adress- und Namensänderung

ANTWORT AN:

Skandia Lebensversicherung AG
Postfach 21 01 50
10501 Berlin

1. Antragsteller und -daten

Versicherungsnehmer
(Vorname, Nachname) _____

Die Änderung(en) gilt/gelten für die Verträge mit folgenden Versicherungsnummern:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Adressänderung

BISHERIGE ADRESSE:

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

NEUE ADRESSE:

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

3. Namensänderung (bitte Kopie der Urkunde beilegen)

Neuer Nachname _____

4. Unterschriften

Hinweis: Bei einer Namensänderung unterschreiben Sie bitte mit Ihrem **alten** und **neuen Namen**.

Datum X _____
Versicherungsnehmer (ggf. gesetzlicher Vertreter)/bei Namensänderung: **neue Unterschrift**

Datum X _____
Bei Namensänderung: **alte Unterschrift** des Versicherungsnehmers