Änderungsantrag

Produkt: _____ **Vertragsnummer:** _____

Name des Versicherungsnehmers: _____

Bitte bestätigen Sie uns Ihre aktuelle Postanschrift (falls geändert):

Straße, Hausnummer: _____

Land, PLZ, Ort: _____

☐ Beitragsreduktion auf [€] zum nächstmöglichen Termin oder zum [ ] (Nicht rückwirkend)

☐ Beitragserhöhung auf [€] zur nächsten Hauptfälligkeit

☐ Aussetzen der Beitragszahlung für [ ] Monate. Bitte buchen Sie ab dem [ ] wieder von dem bekannten Konto ab.

☐ Widerrufliche Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich als Kontoinhaber Liberty Europe alle fälligen Beiträge von meinem Konto abzubuchen:

Konto-Nr.: [ ] BLZ: [ ]

Kreditinstitut/Ort: [ ]

Kontoinhaber Name/Vorname
(wenn nicht Antragsteller/in): [ ]

Unterschrift Kontoinhaber: _____

Falls abweichender Beitragszahler:
In welcher Beziehung stehen Versicherungsnehmer und der Beitragszahler: _____

☐ Personalausweis
☐ Reisepass

Geburtsort: [ ] Ausweisnr.: [ ]

Ausstellungsdatum: [ ] Behörde: [ ]

Bitte Kopie des Personalausweises bzw. Reisepasses des Antragstellers beilegen.

Sollten Kontoinhaber und Versicherungsnehmer nicht identisch sein, wird aufgrund des Geldwäschegesetzes eine Personalausweiskopie sowohl vom Versicherungsnehmer (VN) als auch vom Kontoinhaber benötigt!
BITTE BEIFÜGEN

_____ _____

Datum **Unterschrift des Versicherungsnehmers**

Liberty Europe
25-28 Adelaide Road
Dublin 2, Ireland
kundendienst.de@libertyeurope.ie
www.libertyeurope.ie

Liberty Europe