



Aktenzeichen:

| Anpassungserklärung Zusatzversicherung | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|--------------|
| A. Angaben zur Person | | | |
| Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname) | | | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort | | | Geburtsort |
| Staatsangehörigkeit | Telefon Vorwahl/Rufnummer | Telefax Vorwahl/Rufnummer | |
| B. Anpassung der Zusatzversicherung | | | |
| Ich beantrage die Anpassung meiner Zusatzversicherungssumme auf _____ Euro. Zusatzversicherungssumme | | | |
| D. Unterschrift | | | |
| _____ | | _____ | |
| Datum | | Unterschrift | |
| Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich. | | | |