

# ÜBERNAHME EINER BESTEHENDEN POLICE BEI ABLEBEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

## DEUTSCHLAND

Utmost Wealth Solutions ist der Markenname, der von einer Reihe von Utmost-Unternehmen verwendet wird. Dieses Dokument wurde von Utmost Luxembourg S.A. herausgegeben.

Die Verwendung des Singulars schließt, wo einschlägig, die Form des Plurals mit ein. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Policennummer/Vertragsnummer

### Alter Versicherungsnehmer:

Name(n)	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
Name(n)	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
Name(n)	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
Name(n)	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>

### Neuer 1. Versicherungsnehmer:

Name(n)	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
---------	----------------------	------------	----------------------

### Neuer 2. Versicherungsnehmer:

Name(n)	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
---------	----------------------	------------	----------------------

### Neuer 3. Versicherungsnehmer:

Name(n)	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
---------	----------------------	------------	----------------------

### Neuer 4. Versicherungsnehmer:

Name(n)	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
---------	----------------------	------------	----------------------

Als neue(r) Versicherungsnehmer erkläre(n) ich/wir, daß ich/wir o.g. Versicherungspolice mit allen Rechten und Pflichten übernehme(n).

### Daten des neuen 1. Versicherungsnehmers:

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

# ÜBERNAHME EINER BESTEHENDEN POLICE BEI ABLEBEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Adresse

Straße/Hausnummer

Ort

Postleitzahl

Land

## Daten des neuen 2. Versicherungsnehmers:

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Adresse

Straße/Hausnummer

Ort

Postleitzahl

Land

## Daten des neuen 3. Versicherungsnehmers:

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Adresse

Straße/Hausnummer

Ort

Postleitzahl

Land

## Daten des neuen 4. Versicherungsnehmers:

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Adresse

Straße/Hausnummer

Ort

Postleitzahl

Land

## Bestimmung der neuen Versandadresse für zukünftiger Korrespondenz:

Name(n)

Vorname(n)

Straße/Hausnummer

Ort

Postleitzahl

Land

## ÜBERNAHME EINER BESTEHENDEN POLICE BEI ABLEBEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

## Neuer Versicherungsnehmer

## UNTERSCHRIFT 1

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ort

## Neuer Versicherungsnehmer

## UNTERSCHRIFT 2

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ort

## Neuer Versicherungsnehmer

## UNTERSCHRIFT 3

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ort

## Neuer Versicherungsnehmer

## UNTERSCHRIFT 4

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ort

Bitte legen Sie diesem Formular zwecks Identitätsüberprüfung gültige und beglaubigte Ausweiskopien des/der neuen Versicherungsnehmer(s) im Original bei.

A WEALTH *of* DIFFERENCE

[www.utmostinternational.com](http://www.utmostinternational.com)

Utmost Luxembourg S.A. ist unter der Nummer B37604 im Handels- und Firmenregister (R.C.S.) eingetragen und unterliegt der Aufsicht des Commissariat aux Assurances (CAA)  
Eingetragener Firmensitz: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg  
Utmost Wealth Solutions ist in Luxemburg als Handelsname von Utmost Luxembourg S.A. registriert