

Zurück an:

DIREKTE LEBEN Versicherung AG  
70135 Stuttgart

## Zahlungsweise ändern

**Versicherungsnehmer:** \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

**Versicherungs-Nr.:** \_\_\_\_\_

Bitte ändern Sie die Zahlungsweise des Beitrags für meine oben genannte Versicherung zum  
\_\_\_\_\_ (Datum).

Zukünftige Zahlungsweise:

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers  
(ggf. mit Firmenstempel)