

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)