

Einwilligungserklärung
zum Versicherungsnehmerwechsel
aufgrund des Todes des bisherigen Versicherungsnehmers

Versicherungs-Nr.: _____

Bisheriger Versicherungsnehmer

neuer Versicherungsnehmer

Name

Name

Straße

Straße

PLZ/Ort

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer / Mailadresse

Hiermit beantrage ich für oben genannten Versicherungsvertrag einen Versicherungsnehmer-Wechsel durchzuführen und bitte um die Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins.

Bestätigung der Bankdaten und Einzugsermächtigung

- ☐ gilt nur für den oben genannten Vertrag
- ☐ gilt für alle bei der vigo Krankenversicherung bestehenden Verträge

Verpflichtungsgrund	Versicherungsbeiträge
Meine/unsere Konto-Nr. (IBAN)	DE _____
Genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts	_____
für Lastschrifteinzug ab	_____
Name und Unterschrift Kontoinhaber	_____

☐ Ich willige ein, dass mich die *vigo* Krankenversicherung und Ihre Vermittler telefonisch und per E-Mail über Versicherungsprodukte informieren dürfen. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Vertrag besteht. Ein Widerruf für die Zukunft ist jederzeit möglich.

Ort, Datum _____

Unterschrift
(neuer Versicherungsnehmer) _____

Bitte fügen Sie diesem Schreiben, falls uns diese noch nicht vorliegt, eine Sterbeurkunde bei.

vigo
Krankenversicherung VVaG
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf