

**Kundenauftrag Änderung des Namens** / Seite 1/1

**Beratung durch:**

Dr. Sievert und Partner GmbH  
 Quinckestr. 18 • 24106 Kiel  
 Tel.: 0431 / 53 53 6 0 • Fax: 0431 / 53 53 6 10  
 info@dsp-kiel.de  
 http://www.dsp-kiel.de

**Versicherungsnehmer:**

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>Anzeige der Namensänderung</b>	Bitte vermerken Sie die Namensänderung und bestätigen Sie Erledigung.
<b>Vertragsnummer(n) Versicherungsunternehmen optional Fax / Mail</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>von (alt)</b>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Nachname: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/>
<b>auf (neu)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> geboren: <input type="text"/>
<b>Nachweisdokument</b>	Ein entsprechender Nachweis (Heiratsurkunde, Auszug aus dem Familienstammbuch, o.ä.) ist beigefügt.
<b>Weitere Hinweise</b>	<input type="text"/>
<b>Unterschrift des Versicherungsnehmers</b>	_____ <b>Ort, Datum, Unterschrift</b>
Rev001 vom 14.10.2009	<input type="checkbox"/> Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor.