

Änderung der Zahlungsweise

Versicherungsnummer/n

Versicherungsnehmer (Vor- und Nachname / Firmenbezeichnung)

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort / Firmensitz)

Staatsangehörigkeit

Telefonnummer / E-Mail für Rückfragen¹

1 freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Änderung der Beitragszahlungsweise

Hinweis: Die Änderung der Beitragszahlungsweise ist zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrags möglich.

Änderung der Beitragszahlungsweise ab 01. . . 20

Folgende Beitragszahlungsweise wird ab dem genannten Termin gewünscht:

Änderung der Beitragszahlungsweise auf monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Neuer Beitrag entsprechend der geänderten Zahlungsweise: Euro

Datum

Unterschrift des **Versicherungsnehmers** (ggf. mit **Firmenstempel**) oder der **gesetzlichen Vertreter** (zum Beispiel bei Minderjährigen)

Risikoträger

Continentale Lebensversicherung AG

– Direktion –
Baierbrunner Str. 31-33
D-81379 München

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

Sitz der Gesellschaft: München
Handelsregister Amtsgericht München B 182 765
USt-ID-Nr: DE 124 906 368