



## Adressänderung

Versicherungsnehmer

---

---

---

Neue Anschrift

Straße

---

Ort

---

Telefon

---

Fax

---

Email

---

Art des Objektes

EFH / DHH / RH

Wohnung

Eigentum

Miete

Neue Wohnfläche

\_\_\_\_\_ qm

Bitte veranlassen Sie die Adressänderung ab dem \_\_\_\_\_ !

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift