

## Persönlicher Leistungsvergleich

Die Gebühr für den Leistungsvergleich von 75,00 EUR (inkl. 19% MwSt.) werde ich folgendermaßen bezahlen:

Per Vorabüberweisung

Per *PayPal*

Postbank Stuttgart, KTO 50 65 702, BLZ 600 100 70

IBAN: DE63600100700005065702, BIC: PBNKDEFF

### Hinweis: Fettgedruckte Angaben sind unbedingt erforderlich

**Anrede**

**Beruf**

**Vorname**

**Nachname**

**Geburtsdatum**

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon (Festnetz)

**E-Mail**

**Versichert bei**

**Seit**

**Wunschtarif**

Fragen, Zweifel

### **Unterlagen, die beigefügt sind und Informationen, die ich gegeben habe:**

Versicherungsschein, bzw. Nachtrag neuesten Datums in Kopie

Nennung meines Wunschtarifs

Die Versicherungsdauer, die ich bei meinem PKV-Anbieter bereits versichert bin

Die Fragen, die ich in Bezug einen Tarifwechsel und die Beitragsersparnis habe

Formular ausfüllen, ausdrucken und senden an: **oliver beyersdorffer | Versicherungsberater**  
71334 Waiblingen, Korber Str. 6 oder per E-Mail an [service@tarifwechsel24.de](mailto:service@tarifwechsel24.de)

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift