

Persönlicher Leistungsvergleich

Die Gebühr für den Leistungsvergleich von 59,50 EUR (inkl. 19% MwSt.) werde ich folgendermaßen bezahlen:

- | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Per Vorabüberweisung | <input type="checkbox"/> | PayPal | |
| | Postbank Stuttgart, KTO 5 065 702, BLZ 60010070 | IBAN: | <input type="checkbox"/> | Verrechnungsscheck |
| | 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 beigelegt sind und Informationen, die ich gegeben habe:

- Versicherungsschein (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** Korber Str. 6, 71334 Waiblingen oder per E-Mail an service@tarifwechsel24.de

Datum:

Unterschrift