

## Änderung der Korrespondenzadresse

### Versicherungsnehmer

Policen-Nr.

---

#### Versicherungsnehmer 1

Anrede  Herr  Frau

Name

---

Vorname

---

#### Versicherungsnehmer 2 (falls vorhanden)

Anrede  Herr  Frau

Name

---

Vorname

---

### Korrespondenzadresse

#### Empfänger 1

Ich/wir bitte(n) um Zusendung jeglicher Korrespondenz an die  
Heimadresse des 1.Versicherungsnehmers, wie folgt:

Anrede  Herr  Frau

Name

---

Vorname

---

Strasse Nr.

---

PLZ Ort

---

Land

---

#### Empfänger 2

Ich/wir bitte(n) um Zusendung jeglicher Korrespondenz an  
folgende Adresse:

Anrede  Herr  Frau

Name

---

Vorname

---

c/o

---

Strasse Nr.

---

PLZ Ort

---

Land

---

Untenstehend bestätigt der Versicherungsnehmer, dass die  
gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgetreu  
erfasst wurden.

Allfällige Änderungen müssen unaufgefordert der  
Skandia Leben AG, mitgeteilt werden.

Bemerkungen

---

---

#### Versicherungsnehmer 1

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

#### Versicherungsnehmer 2 (falls vorhanden)

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Bitte dieses Formular ausgefüllt an untenstehende Adresse senden.

Skandia Leben AG, Birmensdorferstrasse 108, CH-8036 Zürich  
T +41 848 33 66 99, F +41 44 388 28 38

[www.skandia.ch](http://www.skandia.ch)