



Absender:

Name:
Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Ort/Datum:

**Laufzeitverkürzung meiner/unserer Kapitallebensversicherung
Versicherungsnummer:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir möchte(n) die Laufzeit für meine/unsere Kapitallebensversicherung auf
das Jahr verkürzen.
Diese Regelung soll mit Wirkung zum in Kraft treten.

Bitte informieren Sie mich/uns schriftlich über die Auswirkungen dieser Maßnahme insbesondere

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift