



**Absender:**

Name:  
Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Ort/Datum:

**Laufzeitverkürzung/Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung  
Versicherungsnummer:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift