



Bitte senden Sie dieses Blatt per Fax 00352/ 26422-9400
oder im Original an:

DB Vita S.A.
Boîte Postale 382
L-2013 Luxembourg

Name 1. Versicherungsnehmer	Name 2. Versicherungsnehmer
Vorname	Vorname
Straße	Straße
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Police-Nummer (bitte VERTRAGSNUMMER angeben)	
V	

Serviceblatt Telefonpasswort

Nein, ich möchte kein Passwort vergeben.
(Bitte beachten Sie, dass künftig telefonische Auskünfte ohne ein Passwort nicht mehr möglich sind.)

Ja, ich möchte folgendes Passwort vergeben:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Maximal 20 Zeichen, auch Zahlen und/oder Sonderzeichen)

Sicherheitshinweise:

- Sprechen Sie nie über Ihr Telefonpasswort und geben Sie dieses nicht an Dritte weiter.
- Vermerken Sie auf schriftlichen Aufträgen niemals Ihr Telefonpasswort.
- Wenn Sie die Vermutung haben, dass ein Unbefugter Ihr Telefonpasswort kennen könnte, ändern Sie dieses umgehend.

	X	X	X	
	Ort, Datum	Unterschrift des 1. Versicherungsnehmers	Unterschrift des 2. Versicherungsnehmers	

Bei minderjährigen Versicherungsnehmern ist die Unterschrift beider Erziehungsberechtigten erforderlich.
Falls ein Elternteil der alleinige gesetzliche Vertreter ist, bitten wir dieses – unter Beifügung eines Nachweises – zu bestätigen. Vielen Dank.