

Eidesstattliche Erklärung

Versicherungsnehmer:

Name/Vorname/Titel			
Ort / Straße / Haus-Nr.	Nation	Postleitzahl	Postort

Polizzenummer:

--

Arbeitgeber:

Name/Vorname/Titel			
Ort / Straße / Haus-Nr.	Nation	Postleitzahl	Postort

Aufgrund der Vereinbarung zwischen meinem Arbeitgeber und der _____
VERSICHERUNG erkläre ich hiermit, dass ich bei dem oben angeführten Unternehmen/ Firma/
öffentliche Körperschaft im ungekündigten Dienstverhältnis stehe oder bei diesem meinen Ruhestand
angetreten habe.

Ich verpflichte mich eine Auflösung des Dienstverhältnisses unverzüglich der
_____ **VERSICHERUNG** anzuzeigen.

_____, am _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers