

An die  
Zurich Deutscher Herold  
Lebensversicherung AG

53288 Bonn

## Angaben zum Versicherungsnehmer

Frau  Herr

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Versicherungsnummer

## Auftrag

Ich mache von meinem bedingungsgemäßen Anspruch auf Stundung der Beiträge für  Monate Gebrauch.

Ich bin mir der Verpflichtung zur Nachzahlung der gestundeten Beiträge in einer Summe am Ende des Stundungszeitraumes entsprechend den für meinen Vertrag geltenden Produktbedingungen bewusst.

## Unterschrift (Bitte unterschreiben Sie an der markierten Stelle)

Datum

X

Unterschrift Versicherungsnehmer