



**Versicherungen**

1. Bitte drucken Sie das anliegende Formular aus und schicken es befüllt und unterschrieben zurück an:

**ACM Lebensversicherung AG  
Vorsorge Verwaltungsservice  
Postfach 16 51  
77606 Offenburg**

2. Nach erfolgter Prüfung werden wir Sie informieren.



## Versicherungen

ACM Lebensversicherung AG  
Vorsorge Verwaltungsservice  
Postfach 16 51  
77606 Offenburg

### Widerruf der Versicherung

Name des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kontakt E-Mail oder Tel.: \_\_\_\_\_

Produktnamen: \_\_\_\_\_

Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_

Ich widerrufe meinen oben genannten Versicherungsvertrag.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Versicherungsnehmers