

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

**ACM Versicherungen**  
**Schutz Verwaltungsservice**  
**Postfach 16 67**  
**77606 Offenburg**

2. Nach erfolgter Prüfung werden wir Sie informieren.



## Versicherungen

ACM Versicherungen  
Schutz Verwaltungsservice  
Postfach 16 67  
77606 Offenburg

## Widerruf der Versicherung

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

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

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

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

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

Produktname: \_\_\_\_\_

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

Ich widerrufe meinen oben genannten Versicherungsvertrag.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers