

Versicherungsunternehmen mit Anschrift

Ort, Datum	
Sachbearbeiter(in)	
Telefon (mit Vorwahl)	Telefax (mit Vorwahl)
E-Mail	
Nr./AZ Bitte bei Rückfragen angeben!	

Zuständige Erlaubnisbehörde

**Mitteilung nach § 10 Abs. 2 Satz 1
Finanzvermittlungsverordnung (FinVermV)**

Zum Antrag vom

Für den Erlaubnisinhaber / die Erlaubnisinhaberin

Name, Vorname (Geb.-Name) bzw. Bezeichnung der juristischen Person
Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

nach

§ 34f Abs. 1 Gewerbeordnung

§ 34h Abs. 1 Gewerbeordnung

ist nach § 10 Abs. 2 Satz 1 FinVermV Folgendes mitzuteilen:

Der Versicherungsvertrag wurde mit Wirkung zum beendet.

Der Versicherungsnehmer / die Versicherungsnehmerin ist mit Wirkung zum aus dem Gruppenversicherungsvertrag ausgeschieden.

Der Versicherungsvertrag hat sich mit Wirkung zum geändert,
wobei der Versicherungsschutz sich im Verhältnis zu Dritten wie folgt beeinträchtigen kann:

Ort, Datum

Unterschrift

Wird von der Behörde ausgefüllt:

Der Eingang der voranstehenden Mitteilung wird gemäß § 10 Abs. 2 Satz 2 FinVermV bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift