

Name der Versicherung		Ansprechpartner	
Straße		Hausnummer	Telefon (tagsüber)
PLZ	Ort		Telefax (Angabe freiwillig)
E-Mail (Angabe freiwillig)			Datum

Bescheinigung der Versicherung

zur Vorlage bei der Unterhaltssicherungsbehörde

Angaben zum Versicherten

Titel	Vorname des Versicherten	Name des Versicherten	
Straße		Hausnummer	Telefon (tagsüber)
PLZ	Ort		Geburtsdatum

Oben genannte Person ist bei uns alleiniger Versicherungsnehmer folgender Versicherung/en:

Versicherungsart Haftpflichtversicherung	Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)	Vertrag abgeschlossen (TT.MM.JJJJ)
Zahlungsart <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Zahlungsbetrag Euro		Zahlungsbeginn (TT.MM.JJJJ)

Versicherungsart Hausratversicherung	Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)	Vertrag abgeschlossen (TT.MM.JJJJ)
Zahlungsart <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Zahlungsbetrag Euro		Zahlungsbeginn (TT.MM.JJJJ)

Versicherungsart Unfallversicherung	Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)	Vertrag abgeschlossen (TT.MM.JJJJ)
Zahlungsart <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Zahlungsbetrag Euro		Zahlungsbeginn (TT.MM.JJJJ)

Versicherungsart Rechtsschutzversicherung	Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)	Vertrag abgeschlossen (TT.MM.JJJJ)
Zahlungsart <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Zahlungsbetrag Euro		Zahlungsbeginn (TT.MM.JJJJ)

Versicherungsart Krankenversicherung	Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)	Vertrag abgeschlossen (TT.MM.JJJJ)
Zahlungsart <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Zahlungsbetrag Euro		Zahlungsbeginn (TT.MM.JJJJ)

Versicherungsart Pflegeversicherung	Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)	Vertrag abgeschlossen (TT.MM.JJJJ)
Zahlungsart <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Zahlungsbetrag Euro		Zahlungsbeginn (TT.MM.JJJJ)

Versicherungsart Diebstahlversicherung	Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)	Vertrag abgeschlossen (TT.MM.JJJJ)
Zahlungsart <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Zahlungsbetrag Euro		Zahlungsbeginn (TT.MM.JJJJ)

Versicherungsart Wohngebäudeversicherung	Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)	Vertrag abgeschlossen (TT.MM.JJJJ)
Zahlungsart <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Zahlungsbetrag Euro		Zahlungsbeginn (TT.MM.JJJJ)

Versicherungsart Transportversicherung	Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)	Vertrag abgeschlossen (TT.MM.JJJJ)
Zahlungsart <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Zahlungsbetrag Euro		Zahlungsbeginn (TT.MM.JJJJ)

Versicherungsart	Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)	Vertrag abgeschlossen (TT.MM.JJJJ)
Zahlungsart <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Zahlungsbetrag Euro		Zahlungsbeginn (TT.MM.JJJJ)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Versicherung