



Formular Ratenzahlung

Name, Vorname:

Versichertennummer:

Adresse:

PLZ, Ort:

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer:

Ersatzjahr:

Rechnungsbetrag:

Gewünschter Rechnungsbetrag pro Monat:

Datum der ersten Ratenzahlung:

Ort und Datum:

Formular bitte an info.wpe@zg.ch senden.