

Kundenauftrag Beitragsfreistellung / Seite 1/1

Beratung durch:

Dr. Sievert und Partner GmbH
 Quinckestr. 18 • 24106 Kiel
 Tel.: 0431 / 53 53 6 0 • Fax: 0431 / 53 53 6 10
 info@dsp-kiel.de
 http://www.dsp-kiel.de

Versicherungsnehmer:

Persönlicher Ansprechpartner:

Beitragsfreistellung	Der og. Versicherungsnehmer wünscht Beitragsfreistellung seines bestehenden Versicherungsvertrages.
Vertragsnummer(n) Versicherungsunternehmen optional Fax / Mail	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wirksamwerden der Beitragsfreistellung	<input type="checkbox"/> zum nächst möglichen Zeitpunkt <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Bestätigung	Bitte bestätigen Sie Eingang und Wirksamkeit der Beitragsfreistellung und übersenden Sie Information zu den dann gültigen Werten des Vertrages an den Versicherungsnehmer und an den Versicherungsmakler. Vielen Dank!
Hinweise für den Versicherungsnehmer	<input type="text"/>
Weitere Hinweise	<input type="text"/>
Unterschrift des Versicherungsnehmers	<hr/> Ort, Datum, Unterschrift
Rev001 vom 18.08.2010	<input type="checkbox"/> Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor / bei.