

Beratung durch:

Assekuranz Maklerhaus GmbH
 Breite Straße 25/26 • 38100 Braunschweig
 Tel.: 0531 24488-0 • Fax: 0531 24488-99
 service@asse.de
 http://www.asse.de

Versicherungsnehmer:

Persönlicher Ansprechpartner:

Beitragsfreistellung	Der og. Versicherungsnehmer wünscht Beitragsfreistellung seines bestehenden Versicherungsvertrages.			
Vertragsnummer(n) Versicherungsunternehmen optional Fax / Mail	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>			
Wirksamwerden der Beitragsfreistellung	<input type="checkbox"/> zum nächst möglichen Zeitpunkt <input type="checkbox"/> <input style="width: 150px;" 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	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td> </td></tr> </table>			
Weitere Hinweise	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> </table>			
Unterschrift des Versicherungsnehmers	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> </table>			
Rev001 vom 18.08.2010	_____ Ort, Datum, Unterschrift <input type="checkbox"/> Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor / bei.			