

Kundenauftrag Beitragsänderung / Seite 1/1

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

OPTICON Beratungs- und Finanzdienstleistungs GmbH

Hauptstr. 24 • 67273 Weisenheim am Berg

Tel.: 06353/5080200

Fax: 06353/5080201

info@opticon-bfg.de

http://www.opticon-bfg.de/

Persönlicher Ansprechpartner:

Beitragsänderung	Der og. Versicherungsnehmer wünscht eine <input type="checkbox"/> Beitragsreduzierung <input type="checkbox"/> Beitragserhöhung			
Vertragsnummer(n) Versicherungsunternehmen optional Fax / Mail	<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>			
Wirksamwerden der Beitragsänderung	<input type="checkbox"/> zum nächst möglichen Zeitpunkt <input type="checkbox"/> <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Beitragsreduzierung auf: <input style="width: 60px; height: 15px;" type="text"/> €	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich			
<input type="checkbox"/> Beitragserhöhung auf: <input style="width: 60px; height: 15px;" type="text"/> €	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich			
Hinweise an den Versicherungsnehmer	<table border="1" style="width: 100%; height: 80px;"> <tr><td> </td></tr> </table>			
Unterschrift des Versicherungsnehmers	<table border="1" style="width: 100%; height: 70px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <p style="text-align: center;">_____ Ort, Datum, Unterschrift</p>			
Rev001 vom 01.03.2012	<input type="checkbox"/> Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor / bei.			