



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Versicherungsmakler
 Clemens Trenkamp
 Heckenrosenstraße 15 • 49393 Lohne
 Tel.: 04442 / 921307
 Fax: 04442 / 921309
 ct@ctvl.de

Persönlicher Ansprechpartner:

Der o.g. Versicherungsnehmer wünscht die Änderung	<input type="checkbox"/> der Zahlweise <input type="checkbox"/> der Beitragszahlungsart			
Vertragsnummer(n) Versicherungsunternehmen optional Fax / Mail	<table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>			
Wirksamwerden der Änderung	<input type="checkbox"/> zum nächst möglichen Zeitpunkt <input type="checkbox"/> [] . [] . []			
<input type="checkbox"/> neue gewünschte Zahlweise:	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich			
<input type="checkbox"/> neue gewünschte Zahlart: IBAN: BIC: Kreditinstitut: Kontoinhaber:	<input type="checkbox"/> gegen Rechnung <input type="checkbox"/> durch Abbuchung von folgender Kontonummer: <table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>			
Hinweise an den Versicherungsnehmer	<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> </table>			
Unterschrift des Versicherungsnehmers	<table border="1" style="width: 100%; height: 70px;"> <tr><td> </td></tr> </table>			
Rev001 vom 04.11.2015	<input type="checkbox"/> Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor / bei.			