

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Foresight Beratungsgesellschaft mbH & CO.KG
Konrad-Adenauer-Str. 1
57271 Hilchenbach
Tel.: +49 (0) 2733 8016
Fax: +49 (0) 2733 891669
E-Mail: info@foresight-gruppe.de
www.foresight-gruppe.de

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: 40px;"> <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: 40px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>			
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: 60px;"> <tr><td> </td></tr> </table>			
	<input type="checkbox"/> Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor / bei.			