

Kundenauftrag Änderung der Anschrift / 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:

Änderung der Anschrift	Bitte vermerken Sie die Änderung der Anschrift und bestätigen Sie Erledigung.
Vertragsnummer(n) Versicherungsunternehmen optional Fax / Mail	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wirksamwerden der Änderung	<input type="checkbox"/> ab <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ab sofort
Die Änderung der Anschrift gilt für folgende Verträge	<input type="checkbox"/> alle Verträge des Versicherungsnehmers <input type="checkbox"/> ausschließlich für die oben genannten Verträge
Anschrift neu	Strasse: <input type="text"/> <input type="text"/> PLZ Ort: <input type="text"/> <input type="text"/>
Optional: Anschrift alt	Strasse: <input type="text"/> <input type="text"/> PLZ Ort: <input type="text"/> <input type="text"/>
Hinweis für den Versicherer	<input type="checkbox"/> Sofern es sich bei den Verträgen um einen Hausrat- oder Geschäftsinhaltsvertrag handelt, ändern Sie den Versicherungsort bitte entsprechend der neuen Anschrift.
Weitere Hinweise	<input type="text"/>
Unterschrift des Versicherungsnehmers	<hr/> Ort, Datum, Unterschrift
Rev001 vom 14.10.2009	<input type="checkbox"/> Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor.