Übernahme des Pflegebestandes

Anschrift des Versicherungsnehmers

Vorname/Name:

Ort/PLZ:

Tel.:/Fax: Funk:

email: Geb.datum:

Gesellschaft	Art/Sparte	Versicherungsnummer	Ablauf- Datum

und übrige laufende Verträge

Hiermit wünsche ich als Inhaber o. g. Verträge, daß die weitere Betreuung vom heutigen Datum an durch die unabhängige Maklerfirma
allfinanztest.de GmbH Deutschland
Schubertstr. 1
08058 Zwickau

Verantwortlicher Kooperationspartner:

erfolgen soll. Bitte senden Sie dieser Firma eine Policenzweitschrift.
Ich bitte, dies bei der weiteren Bearbeitung im Zusammenhang mit meinen Verträgen bei Ihnen zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen

_____, _____ _____

Ort Datum Unterschrift(en)