


 / Kundenauftrag Beitragsstundung / Seite 1/1

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Schuster &amp; Dr. König KG

An der Dreikönigskirche 8 • 01097 Dresden

Tel.: 0351/811358-0

Fax: 0351/811358-29

info@sk-vm.de

http://www.sk-vm.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>Beitragsstundung</b>	Der o.g. Versicherungsnehmer wünscht die Stundung des Beitrags seines bestehenden Versicherungsvertrages.
<b>Vertragsnummer(n) Versicherungsunternehmen optional Fax-Nr. / Mail</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Wirksamwerden der Beitragsstundung</b>	<input type="checkbox"/> zum nächst möglichen Zeitpunkt <input type="checkbox"/> zum <input type="text"/>
<b>Dauer der Beitragsstundung</b>	bis Datum <input type="text"/> oder für <input type="text"/> Monate
<b>Bestätigung</b>	Bitte bestätigen Sie Eingang und Wirksamkeit der Beitragsstundung und übersenden Sie Information zu den dann gültigen Werten des Vertrages an den Versicherungsnehmer und den Versicherungsmakler. Vielen Dank!
<b>Hinweise für den Versicherungsnehmer</b>	Die Stundung kann je nach Versicherungsgesellschaft verschiedene Auswirkungen und Ausprägungen haben, z.B. Verlängerung der Versicherungsdauer, unbefristete oder zeitlich befristete Stundungsdauer, Rückzahlungsverpflichtung oder Verrechnung mit dem Guthaben. Die Bedingungen der jeweiligen Versicherungsgesellschaft sind zu beachten!
<b>Weitere Hinweise</b>	<input type="text"/>
<b>Unterschrift des Versicherungsnehmers</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ Datum Ort ggf. Unterschrift
Rev002 vom 28.01.2020	<input type="checkbox"/> Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor.