An Firma

Absender:

Name:
Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Ort/Datum:

Laufzeitverkürzung/Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung
Versicherungsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir möchte(n) die Laufzeit für meine/unsere Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung auf das Jahr verkürzen.
Diese Regelung soll mit Wirkung zum in Kraft treten.

Bitte informieren Sie mich/uns schriftlich über die Auswirkungen dieser Maßnahme, insbesondere darüber, welche Konsequenzen dies für meine/unsere Berufsunfähigkeitsversicherung mit sich bringt.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Bemerkungen:

© www.cecu.de - Informationsportal für Versicherungen & Finanzen