

Versicherungsnummer

Versicherungsnehmer

Name _____
 Vorname _____
 Strasse, Haus-Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Geburtsdatum _____

Versicherte Person

Name _____
 Vorname _____
 Strasse, Haus-Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Geburtsdatum _____

Vertragsdaten

(alle Angaben in EUR)

Versicherungsbeginn

Versicherungsart

<input type="checkbox"/>	Kapitallebensversicherung
<input type="checkbox"/>	Rentenversicherung
<input type="checkbox"/>	Direktversicherung
<input type="checkbox"/>	ehemalige Direktversicherung
<input type="checkbox"/>	sonstige betr. Altersversorgung

Zusatztarife	Beitrag
Unfall	<input type="checkbox"/> _____
Berufsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> _____
Dynamik(in %)	<input type="checkbox"/> _____
Gesamtbeitrag	<input type="checkbox"/> _____

Tarif:

Versicherungsablauf

Zahlungsweise

<input type="checkbox"/>	monatlich
<input type="checkbox"/>	vierteljährlich
<input type="checkbox"/>	halbjährlich
<input type="checkbox"/>	jährlich

Beitrag bei Kündigung aller Zusatztarife (falls vorhanden)
u n d Umstellung auf jährliche
 Zahlweise

Beiträge sind bezahlt bis _____
 beitragsfrei seit/ab _____
 letzter Beitrag EUR _____
 Rückständiger Beitrag _____

Belastungen des Vertrages

(alle Angaben in EUR)

Ablösebetrag Policendarlehen _____
 zum _____

mögliches Policendarlehen: _____

Abtretung/Verpfändung ja/nein _____
 wenn ja, an _____
 Name _____
 Strasse _____
 PLZ, Ort _____

Rückkaufswert (RKW)

(alle Angaben in EUR)

Rückkaufswert incl. aller bisher bezahlten Beiträge

zum 01.01.2006 _____

Überschussbeteiligung _____

Zwischensumme _____

abzügl. Kapitalertragsteuer incl Solidaritätszuschlag _____

abzügl. Policendarlehen _____

Auszahlungsbetrag bei Kündigung

zum _____

Ist ein Stornoabschlag eingerechnet? (evtl. Höhe) _____

Ablaufleistung (AL)

(alle Angaben in EUR)

Voraussichtl. AL bzw. Kapitalabfindung bei Ausschluss aller Zusatzversicherungen ohne dynamische Erhöhungen zum

Ablaufdatum _____

voraussichtliches Überschussguthaben _____

voraussichtlicher Schlussüberschuss _____

Voraussichtliche Gesamt-Leistung zum Ablauf

am _____

Beitragsfreie Ablaufleistung bei nächstmöglicher Beitragsfreistellung zum _____

Versicherungssumme _____

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Datum _____

Stempel/Unterschrift Versicherungsgesellschaft _____