innofima®
IHR INNOVATIVER FINANZMAKLER

innofima® GmbH
Zum Eistruper Feld 9
49143 Bissendorf

tel. 05402 / 985599-0
fax. 05402 / 985599-1

mail. kontakt@innofima.de
web. www.innofima.de

Inhalte löschen

Senden Sie diese Kündigungsvollmacht bitte zurück!
Einfach per Fax, Mail oder Post.

Kündigungsvollmacht

unseres Mandanten zur Kündigung von Versicherungsverträgen

Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer: Vorname, Name | Geburtsdatum | **Telefon** (privat/dienstlich) | Mobil

Straße, Haus-Nr. | PLZ, Ort | E-Mail | Fax

Gesellschaft	Versicherungs-/ Vertragsnummer	Sparte (z.B. Haftpflicht, Hausrat, etc.)	Kündigungsgrund	Kündigung zum Datum
			[Bitte wählen/eintippen]	[Bitte wählen/eintippen]
			[Bitte wählen/eintippen]	[Bitte wählen/eintippen]
			[Bitte wählen/eintippen]	[Bitte wählen/eintippen]

Hiermit bevollmächtige ich die innofima GmbH obige Verträge zu kündigen.

Ort, Datum

X
Unterschrift des Versicherungsnehmers

Information an den Versicherer

Gemäß obigem Auftrag unseres Mandanten kündigen wir obigen Vertrag/Verträge. Vorsorglich jedoch zur nächsten Möglichkeit.

Bitte bestätigen Sie Wirksamkeit und Aufhebungsdatum an uns als Versicherungsmakler sowie an den Versicherungsnehmer.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsmaklers