

**Schneller geht es per Fax:
0441 – 219 751 25**

GenoFonds 24 GmbH
Weskampstr.11, 26121 Oldenburg
info@genofonds24.de
Tel. 0441/ 219 751 30

1. Versicherungsnehmer: Vorname, Name: VN = VP: ja nein
Geburtsdatum:
Anschrift:
.....

2. Vertragsdaten: Versicherungsgesellschaft:
Versicherungsnummer:

Art der Versicherung:

- Kapitallebensversicherung Rückdeckung Riester Fondspolice
 Rentenversicherung sonstige bAV Rürup Hybrid

3. Fälligkeiten:

Vertragsbeginn: Vertragsende:

4. Beitragszahlung:

akt. Zahlungsweise: 1/12 1/4 1/2 1/1 beitragsfrei Einmalbeitrag
akt. Beitrag (brutto):€

5. Rückkaufwert:

Rückkaufwertberechnung zum: RKW Auszahlungsbetrag: €
Bitte Rückkaufwert zum aktuellen oder nächsten 01. des Monats angeben.

6. Rechte Dritter: (wenn bekannt) Nein Ja
 Abtretung Verpfändung unwiderrufl. Bezugsrecht

7. enthaltene Zusatzversicherungen (wenn bekannt):

KEINE BUZ (Rente) BUZ (Beitragsbefreiung)
 UZV TZV Sonstige

8. Ablaufleistung: (wenn bekannt)

Voraussichtl. Auszahlung bei Vertragsende:
.....

Ansprechpartner:

.....
.....

Bank:

.....
.....

Telefonnummer:

E-Mail: