

Salzlandkreis

Der Landrat



Bestätigung der Versicherungsgesellschaft

Ich bestätige den Fortbestand des Versicherungsvertrages mit dem Versicherungsbeginn

zur Absicherung des Risikos:

- Alter (**Alterssicherung**)
- Unfall (**Unfallversicherung**)

mit der **Vertragsnummer**

für folgenden Versicherungsnehmer

Name des Versicherungsnehmers	
-------------------------------	--

Geburtsdatum	
--------------	--

<input type="checkbox"/> Für den Altersvorsorgevertrag beträgt der Beitrag für das Jahr _____ monatlich/jährlich* bzw. ab dem _____ monatlich/jährlich* _____ Euro.
--

<input type="checkbox"/> Für die Unfallversicherung betrug der Beitrag des <u>Vorjahres</u> _____ monatlich/jährlich* _____ Euro.
--

Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Versicherung
------------	-----------------------------------

* Nichtzutreffendes bitte streichen./**Bitte nur den Beitrag für die Hauptpflegeperson angeben!**