



# Einverständniserklärung

KRAFT

Versicherungsservice GmbH

Ansprechpartner: Sascha Eckloff

Telefon: 030-97894256

Fax: 030-97894258

## Kundenverbindung

--

Firma	Strasse	PLZ	Ort	Branche
-------	---------	-----	-----	---------

Der oben genannte Kunde ist damit einverstanden, dass die KRAFT Versicherungsservice GmbH bei anderen Versicherern, zu denen Vertragsbeziehungen unterhalten werden oder wurden, die zur Beurteilung des Risikos oder zur ordnungsgemäßen Erfüllung des Vertrages erforderlichen, kartellrechtlich zulässigen Auskünfte einzuholen und übermittelt zu bekommen.

Versicherer	Großkundennummer/ Versicherungsscheinnummer	Zeitraum
-------------	--	----------

### Anschrift

---

---

---

Datum:

Unterschrift/Firmenstempel

.....