

## ÄNDERUNGSVERLANGEN

Zutreffendes bitte  ankreuzen!

AN: Gruppe/Abteilung	Herrn/Frau	Datum
VON: Gruppe/Abteilung	Herrn/Frau	Telefonnummer - Nebenstelle

### ALLGEMEINE VERTRAGSDATEN

Familienname, Titel, Vorname: VersicherungsnehmerIn	Polizzennummer
Adresse: VersicherungsnehmerIn	
Risikoadresse	
Familienname, Titel, Vorname: VerwalterIn	
Adresse: VerwalterIn	

### POLIZZENABSCHRIFT AN

Name und Adresse (falls von Adresse des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin abweichend)
--

### VERTRAGSÄNDERUNG AB \_\_\_\_\_ Bitte dieses Datum **unbedingt** einsetzen!

<input type="checkbox"/> Übersiedlung oder Richtigstellung der Adresse	<input type="checkbox"/> Adressänderung gilt für <b>alle Verträge</b> des Partners/der Partnerin
<input type="checkbox"/> Adressänderung gilt nur für folgende Polize(n)	
<input type="checkbox"/> Namensänderung	
<input type="checkbox"/> neue Inkassoadresse/Zustelladresse	
<input type="checkbox"/> Änderung der Zahlungsart	
<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich	
<input type="checkbox"/> Änderung der Zahlungsweise	
<input type="checkbox"/> Zahlschein <input type="checkbox"/> GebäudeverwalterIn	<input type="checkbox"/> VISA-Einzug laut beil. Auftrag
<input type="checkbox"/> Einzugsverfahren besteht bereits	<input type="checkbox"/> Prämienverrechnungskonto
<input type="checkbox"/> Einzugsverfahren laut beiliegendem Auftrag	KundInnen-Nr.
Name des Geldinstitutes, Bankleitzahl/BIC, Kontonummer/IBAN, KontoinhaberIn	
<input type="checkbox"/> Vinkulierung zu Gunsten	
Name, Adresse, Kreditnummer, Einlagezahl	
<input type="checkbox"/> Änderung der Versicherungssumme bzw. Deckungssumme	zu Post    Änderung der Summe auf
	EUR
	zu Post    Änderung der Summe auf
	EUR
<input type="checkbox"/> Änderung der begünstigten Person	
Familienname, Titel, Vorname, Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Rechtsschutz – Fahrzeugwechsel	
Art, Fabrikat, Type	behördliches Kennzeichen
<input type="checkbox"/> Umstellung der Fahrzeug-(Kasko-)Versicherung auf	
<input type="checkbox"/> Berichtigung des Orga-Schlüssels	
<input type="checkbox"/> Entfall der Insassenunfallversicherung	

Ort, Datum	Kontonummer/IBAN: VermittlerIn	Unterschrift: VermittlerIn	Unterschrift: VersicherungsnehmerIn
------------	--------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

# ÄNDERUNGSVERLANGEN (Rückseite)

Zutreffendes bitte  ankreuzen!

Diese Seite bitte nur verwenden, wenn die Vorderseite dieses Blattes für Ihr Änderungsverlangen nicht geeignet ist.

Nachtragsverlangen     Interventionsbericht   

AN: Gruppe/Abteilung	Herrn/Frau	Datum
VON: Gruppe/Abteilung	Herrn/Frau	Telefonnummer - Nebenstelle
Familiename, Titel, Vorname: VersicherungsnehmerIn		Polizzennummer
Adresse: VersicherungsnehmerIn		

**BITTE VORDERSEITE BEACHTEN!**

Ort, Datum	Kontonummer/IBAN: VermittlerIn	Unterschrift: VermittlerIn	Unterschrift: VersicherungsnehmerIn
------------	--------------------------------	----------------------------	-------------------------------------