

Änderungsanzeige

Die Veränderung(en) gilt (gelten) ab: 0:00 Uhr

Polizzenummer:

Versicherungsanstalt:

VersicherungsnehmerIn

Titel: Vorname: Name:

Straße: Geb.Datum:

PLZ/Ort: KIS-Nr.:

Gewünschte Änderungen

Zahlungsweg

Zahlschein Einzugsermächtigung (liegt bei)

Zahlungsrythmus

jährlich halbjährlich
 vierteljährlich monatlich

Versicherungsort

Straße:

PLZ/Ort:

VersicherungsnehmerIn (Änderungen des aktuellen, oder Daten eines neuen Versicherungsnehmers)

Titel: Vorname: Name:

Straße: Geb.Datum:

PLZ/Ort: KIS-Nr.:

Prämienzahler (wenn nicht ident mit dem Versicherungsnehmer)

Titel: Vorname: Name:

Straße: Geb.Datum:

PLZ/Ort: KIS-Nr.:

Sonstige Änderungen:

HINWEIS: Wenn außer den oben angeführten Änderungen weitere Änderungen gewünscht werden, können diese nur in Verbindung mit einem Versicherungsantrag erfolgen.

Der Versicherungsnehmer ist alleine für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers müssen schriftlich erfolgen. Ich bestätige den Erhalt einer Formulkopie. Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

An (Zahlungsempfänger)

Versicherungsunternehmen

Straße

PLZ/Ort

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen wobei für diese keine Verpflichtung zu Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist.

Ich/wir habe(n) das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen

Kontonummer des Zahlungspflichtigen bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) Bankleitzahl

Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund) – bitte Polizzenummer(n) angeben

Ort, Datum

Unterschrift des/der Kontozeichnungsberechtigten

Die ausgefüllte Einzugsermächtigung für Lastschriften senden Sie uns bitte per Fax oder per Post.