

ÄNDERUNGSVERLANGEN

Versicherungsgesellschaft	Polizzenummer
Versicherungsnehmer	
Vor- und Zuname:	
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer:	
<input type="checkbox"/> Änderung der Risiko- und/oder Inkassoadresse	
<input type="checkbox"/> neue Risikoadresse <input type="checkbox"/> neue Inkassoadresse	
<input type="checkbox"/> Änderung der Zahlungsweise und / oder Zahlungsart auf	
<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> Erlagschein <input type="checkbox"/> Bankeinzug	
Kontonummer:	Kreditinstitut:
BLZ:	
Kontoinhaber (Name, Adresse):	
Ermächtigung zum Bankeinzug: Hiermit ermächtige ich die _____ widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine Konto führende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keinerlei Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.	
<input type="checkbox"/> Änderung der Bankverbindung auf	
Kontonummer:	Kreditinstitut:
BLZ:	
Kontoinhaber (Name, Adresse):	
<input type="checkbox"/> Änderung der Versicherungssumme bzw. Deckungssumme	
<input type="checkbox"/> Änderung der Summe auf: <input type="checkbox"/> Änderung der Prämie auf:	
<input type="checkbox"/> Änderung der Bezugsberechtigung für den Ablebensfall auf	
Name:	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> Änderung des Kfz-Kennzeichens auf	
Kennzeichen:	
<input type="checkbox"/> Änderung des Namens aufgrund Verehelichung auf (Kopie Heiratsurkunde beiliegend):	
Name:	

Ort, Datum

Unterschrift