SZVETECZ & PARTNER
VERSICHERUNGSMAKLER KG
ALKERSDORFERSTR. 25A, 2560 HERNSTEIN
TEL. 02633/47 548, FAX: 02633/47 348
E-MAIL: OFFICE@SZV-VERSICHERT.AT
INTERNET: WWW.SZV-VERSICHERT.AT

ÄNDERUNGSVERLANGEN

Versicherungsgesellschaft	**Polizzennummer**

Versicherungsnehmer
Vor- und Zuname:
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer:

☐ **Änderung der Risiko- und/oder Inkassoadresse**

- ☐ neue Risikoadresse
- ☐ neue Inkassoadresse

☐ **Änderung der Zahlungsweise und / oder Zahlungsart auf**

- ☐ jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich ☐ monatlich
- ☐ Erlagschein ☐ 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.

☐ **Änderung der Bankverbindung auf**

Kontonummer: Kreditinstitut: BLZ:

Kontoinhaber (Name, Adresse):

☐ **Änderung der Versicherungssumme bzw. Deckungssumme**

- ☐ Änderung der Summe auf:
- ☐ Änderung der Prämie auf:

☐ **Änderung der Bezugsberechtigung für den Ablebensfall auf**

Name: Geburtsdatum:

☐ **Änderung des Kfz-Kennzeichens auf**

Kennzeichen:

☐ **Änderung des Namens aufgrund Verehelichung auf** (Kopie Heiratsurkunde beiliegend)**:**

Name:

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift