|  |
| --- |
| *SZVETECZ & PARTNER*  *VERSICHERUNGSMAKLER KG*  *ALKERSDORFERSTR. 25A, 2561 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 Risiko- und/oder Inkassoadresse** | |
| neue Risikoadresse |  |
| neue Inkassoadresse |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Änderung Zahlungsweise und / oder Zahlungsart auf** | | | |
| jährlich  halbjährlich  vierteljährlich  monatlich  Erlagschein  Bankeinzug | | | |
| Kontonummer |  | BLZ |  |
| Kreditinstitut |  | | |
| 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 |  | BLZ |  |
| Kreditinstitut |  | | |
| 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