

ÄNDERUNGSVERLANGEN

Zutreffendes bitte ankreuzen!

an	Gruppe/Abteilung Herrn/Frau	Datum
von	Gruppe/Abteilung Herrn/Frau	Telefonnummer - Nebenstelle

ALLGEMEINE VERTRAGSDATEN

Name und Adresse des Versicherungsnehmers	Polizzenummer
Risikoadresse	
Name und Adresse des Verwalters	

POLIZZENABSCHRIFT AN

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

VERTRAGSÄNDERUNG AB: _____ Bitte dieses Datum **u n b e d i n g t** einsetzen!

<input type="checkbox"/> Übersiedlung oder Richtigstellung der Adresse	<input type="checkbox"/> Adressänderung gilt für alle Verträge des Partners			
<input type="checkbox"/> Adressänderung gilt nur für folgende Police(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"/> Gebäudeverwalter		<input type="checkbox"/> VISA-Einzug laut beil. Auftrag
<input type="checkbox"/> Erlagschein – zusätzlich Einhebegebühr	<input type="checkbox"/> Prämienverrechnungskonto			
<input type="checkbox"/> Einzugsverfahren besteht bereits	Kunden-Nr.:			
<input type="checkbox"/> Einzugsverfahren laut beiliegendem Auftrag	Name des Geldinstitutes, Bankleitzahl, Kontonummer, Kontoinhaber			
<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				
Vorname, Zuname, 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 und Unterschrift des Vermittlers	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	--	---------------------------------------

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
	Name und Adresse des Versicherungsnehmers		Polizzenummer

BITTE VORDERSEITE BEACHTEN!

Ort, Datum	Kontonummer und Unterschrift des Vermittlers	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	--	---------------------------------------