

Änderungsantrag

Bitte alle jene Punkte ankreuzen, bei denen eine Änderung durchgeführt werden soll.

Versicherungsnehmer/in:

von der Änderung betroffene Verträge / Policen:

bei folgender Versicherungsgesellschaft:

Änderung gilt ab:

<input type="checkbox"/> Namensänderung: Nachname:	<input type="checkbox"/> des Versicherungsnehmers	<input type="checkbox"/> der versicherten Person Akad.Grad:
--	---	--

<input type="checkbox"/> Änderung der Anschrift / Tel.Nummer des Versicherungsnehmers Strasse, Nummer: PLZ, Ort:	Tel.Nummer:
---	-------------

<input type="checkbox"/> Änderung der Inkassoadresse Strasse, Nummer: PLZ, Ort:	<input type="checkbox"/> Änderung der Risikoadresse Tel.Nummer:
--	---

<input type="checkbox"/> Verlegung der Hauptfälligkeit auf (nicht für Krankenversicherung):
--

<input type="checkbox"/> Änderung der Zahlungsart: (es wird - je nach Versicherungsgesellschaft - ein Zuschlag von bis zu 6% für unterjährige Zahlung verrechnet) jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich vierteljährlich monatlich (nur bei Lastschrift)
--

<input type="checkbox"/> Umstellung auf Lastschriftverfahren: Konto-Nr:	<input type="checkbox"/> Änderung der Kontodaten BLZ:	<input type="checkbox"/> Löschung Bank:
---	---	---

<input type="checkbox"/> Änderung des Bezugsrechtes im Ablebensfall für Name, Geb.Datum:	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Leben
--	---------------------------------	--------------------------------

<input type="checkbox"/> Sonstiges:
--

An diesen Antrag hält sich der Antragssteller 6 Wochen gebunden. Es wurden keine sonstigen Abreden getroffen.

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers