



Wüstenrot Versicherungs-AG

A-5033 Salzburg, Fach 155, Alpenstraße 61

Vertragsänderung Inkasso

| |
|---|
| Versicherungs-Vertrags-Nr.: |
| Versicherungsnehmer: Titel, Vorname, Familienname |
| Straße, Nr.: |
| PLZ, Ort: |
| Tel.Nr.: |

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Änderung der Zahlungsart | <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschrift | <input type="checkbox"/> Erlagschein |
| <input type="checkbox"/> monatlich (nur mit SEPA-Lastschrift) | <input type="checkbox"/> vierteljährlich | <input type="checkbox"/> jährlich |
| SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Wüstenrot Versicherungs-AG / CID AT32ZZZ0000006247 Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Wüstenrot Versicherungs-AG auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Der genaue Termin der ersten SEPA-Lastschrift wird mir zeitgerecht vor dem ersten Einzug über eine Information auf der Urkunde bzw. mit separatem Schreiben bekanntgegeben. | | |
| Kontoinhaber (Vor-, Familienname): | | (Anschrift): |
| IBAN: | BIC: | (Geburtsdatum): |

| | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Änderung des Beitragszahlers | Geb.-Datum: |
| Titel, Vorname, Familienname: | |
| Straße, Nr.: | |
| PLZ, Ort: | |

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Meine neue Inkasso-Adresse (für Postzustellung) lautet: |
| Straße, Nr.: |
| PLZ, Ort: |

| | |
|--|---|
| Gültigkeit der Änderung(en) ab: | <input type="checkbox"/> zum nächstmöglichen Termin |
|--|---|

Datum _____ Unterschrift Berater _____ Unterschrift Versicherungsnehmer _____ Unterschrift Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer) _____

| | | | | |
|----------------|---|---|--|----|
| Beraterstempel | A | - | | WP |
| | | | | |