**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

☐ **Änderung der Zahlungsart** ☐ SEPA-Lastschrift ☐ Erlagschein

☐ monatlich (nur mit SEPA-Lastschrift) ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

**SEPA-Lastschriftmandat:**
Ich ermächtige die Wüstenrot Versicherungs-AG / CID AT32ZZZ00000006247 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): |

☐ **Änderung des Beitragszahlers**

Titel, Vorname, Familienname: Geb.-Datum:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

☐ Meine **neue Inkasso-Adresse** (für Postzustellung) lautet:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

**Gültigkeit der Änderung(en) ab:** ☐ zum nächstmöglichen Termin

| Datum | Unterschrift Berater | Unterschrift Versicherungsnehmer | Unterschrift Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer) |
|---|---|---|---|

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



Rechtsform: Aktiengesellschaft • Sitz Salzburg • FN 34521t • LG Salzburg • DVR: 0035793