



Wüstenrot Versicherungs-AG

A-5033 Salzburg, Fach 155, Alpenstraße 61

**Vertragsänderung
Inkasso**

Versicherungs- Vertrags-Nr.:
Versicherungsnehmer: <small>Titel, Vorname, Familienname</small>
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Tel.Nr.:

Zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> Änderung der Zahlungsart <input type="checkbox"/> monatlich (nur mit SEPA-Lastschrift) <input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> SEPA-Lastschrift <input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> Erlagschein <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 Titel, Vorname, Familienname: _____ Geb.-Datum: _____
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