



Versicherungsbüro
HÖSSINGER
3107 St.Pölten, Mühlweg 96
Tel.02742 / 219 66 0
Fax.02742 / 219 66 40

ÄNDERUNGSANSUCHEN:

Versicherungsgesellschaft:	Polizzenummer:
Name des Versicherungsnehmers:	Adresse des Versicherungsnehmers:

Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen!

<input type="checkbox"/> Vertragsverlängerung / Konvertierung auf neue: <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Drei <input type="checkbox"/> Zehn Jahre
<input type="checkbox"/> ÄNDERUNG: <input type="checkbox"/> Name: <input type="checkbox"/> Wohnadresse: <input type="checkbox"/> Inkassoadresse: <input type="checkbox"/> Risikoadresse: _____ _____
<input type="checkbox"/> Vinkulierung: zu Gunsten (Firma und Adresse genau anführen) _____ _____
<input type="checkbox"/> Zahlungsart: ab _____ <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> Erlagschein <input type="checkbox"/> Lastschrift- bzw. Einzugsverfahren <input type="checkbox"/> Prämienverrechnungskonto <input type="checkbox"/> Abbuchung von Bank: _____ BLZ: _____ Konto Nr. _____
<input type="checkbox"/> Hauptfälligkeit ändern auf: Tag: _____ Monat: _____
<input type="checkbox"/> Änderung der begünstigten Person: ab _____ auf Name: _____ geb. _____
<input type="checkbox"/> Rechtsschutz: Neues Kennzeichen: _____ ab: _____ Fahrzeugwechsel: Fahrzeugart/Marke/Type/Nutzlast: _____
<input type="checkbox"/> Suspendierung: von _____ bis _____ Grund: _____
<input type="checkbox"/> Risikoeinschluss: ab _____ _____
<input type="checkbox"/> Risikoausschluss: ab _____ _____
<input type="checkbox"/> Finanzamtbestätigung (en): für das Jahr / die Jahre: _____ Pol. Nr. _____ Pol. Nr. _____ Pol. Nr. _____
<input type="checkbox"/> Sonstige Änderungen: _____
Maklerkonto Nummer:

Ort, Datum

Unterschrift Makler

Unterschrift des Versicherungsnehmers