



Veränderungsanzeige Kraftfahrversicherung

Die Veränderung(en) gilt (gelten) ab:

0 Uhr Polizzennummer:

Versicherungsnehmer

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geb.Datum: _____

lkz/Plz/Ort: _____ Kunden-Nr.: _____

Gewünschte Änderung

Zahlungsweg Einzugsermächtigung (liegt bei – bitte unterschreiben) Zahlschein

Zahlungsrhythmus jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich (nur mit Einzugserm. möglich)

Kennzeichen _____

Kündigung der Kaskoversicherung

für KFZ (Marke/Modell/Type/Fahrgestell-Nr. und Kennzeichen anführen!)

per: _____ per Ende der laufenden Versicherungsperiode

Inkasso - Adressat (wenn nicht ident mit dem Versicherungsnehmer)

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geb.Datum: _____

lkz/Plz/Ort: _____ Kunden-Nr.: _____

Vinkulierung zugunsten

Stillegung Datum der Stilllegung: _____ Datum der Reaktivierung: _____

HINWEIS: Wenn außer den oben angeführten Änderungen weitere Änderungen gewünscht werden, können diese nur in Verbindung mit einem Versicherungsantrag erfolgen. Der Versicherungsnehmer (Antragsteller) ist alleine für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers müssen schriftlich erfolgen. Abmachungen und Erklärungen sind für den Versicherer nur verbindlich, wenn sie schriftlich ausgefertigt und vom Versicherer firmenmäßig gezeichnet sind. Ich bestätige den Erhalt einer Formulkopie. Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen.

Als Berater: _____

Datum

Telefon: _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers



Einzugsermächtigung für Lastschriften

SEPA Lastschrift-Mandat

Ermächtigung zum Einzug der Forderungen durch SEPA-Lastschriften: Ich ermächtige/Wir ermächtigen den genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb

von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bei Fragen helfen Ihnen die Mitarbeiter unseres UNIQA Kundenservice +43 (0) 50677-670 gerne weiter!
Fax: +43 (0) 50677-676, E-Mail: info@uniqa.at

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen

IBAN des Zahlungspflichtigen

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) BIC

Zahlung wegen (Verpflichtungsgrund) – bitte Polizzennummer(n) angeben

An (Zahlungsempfänger)



UNIQA Österreich Versicherungen AG
Creditor-ID: AT10UAT00000001017
Untere Donaustraße 21, 1029 Wien



Volkswagen-Versicherungsdienst Ges.m.b.H
Creditor-ID: AT04ZZZ00000002386
Trattnerhof 1, 1011 Wien

Firma: _____
Creditor-ID: _____
Adresse: _____

zutreffendes bitte ankreuzen!

Ort Datum (TT.MM.JJJJ) Unterschrift(en) des/der Kontozeichnungsberechtigten

Für eventuelle Rückfragen:

Telefonnummer (tagsüber) E-Mail