

Veränderungsanzeige

Bitte in Blockschrift ausfüllen und Zutreffendes in den ankreuzen!

Vermittler-Name		Vermittler-Nr	
Versicherungsnehmer		Versicherungsschein-Nr.	
Veränderungsanzeige	gültig ab		
Art der Veränderung	<input type="checkbox"/> Name / Firmierung	<input type="checkbox"/> Postadresse	<input type="checkbox"/> Risikoort <input type="checkbox"/> Bankverbindung <input type="checkbox"/> Sonstiges
Neuer Name/ Firmierung			
Neue Postadresse	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Ort	
Neuer Risikoort Versicherungsnehmer	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Ort	
Neue Bankverbindung	Konto-Nr.	Bankleitzahl	
	Kreditinstitut		
	Kontoinhaber		
	Einzugsermächtigung: Hiermit ermächtige ich / wir die DARAG Deutsche Versicherungs- und Rückversicherungs-AG , den Beitrag bis auf Widerruf im Lastschriftinzugsverfahren einzuziehen. Die Ermächtigung gilt auch für Verträge, die diesen Vertrag ersetzen.		
			ab
	Unterschrift Kontoinhaber		
Sonstige Veränderung			
Der Antragsteller ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person die Niederschrift vornimmt.			
Ort	Datum	Unterschrift Vermittler	