

ÄNDERUNG ZAHLUNGSWEISE/ZAHLUNGSART

Antragsteller / Versicherungsnehmer

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma	Titel <input type="text"/>	Geburtsdatum (TT, MM, JJ) <input type="text"/>
Name <input type="text"/>		Vorname <input type="text"/>

Änderung Zahlungsweise

1/1-jährlich
 1/2-jährlich
 1/4-jährlich
 1/12-jährlich (1/4-jährlich mit monatlicher Abbuchung)

Hinweis: Monatliche Abbuchung ist nur in Kombination mit einem gültigen SEPA-Lastschriftmandat möglich.

Betreffende Verträge

alle bei der WWK Allgemeine Versicherung AG abgeschlossenen Verträge (bitte mindestens eine Vertragsnummer angeben)
 nachstehend aufgeführte Verträge

Betreffender Vertrag				
<input type="text"/>				

Änderung oder Hinzufügung der Bankverbindung

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen Gläubiger-Identifikations-Nr. DE11WWK0000069126

Ich ermächtige die WWK Allgemeine Versicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein unten genanntes Kreditinstitut an, die von den WWK Versicherungen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Die Mandatsreferenznummer wird mir nachträglich mitgeteilt. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das SEPA-Basis-Lastschriftmandat wird mir spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Kontoinhaber weicht vom Versicherungsnehmer ab: Frau Herr Firma
 Überweisung

Titel, Name, Vorname
 Geburtsdatum (TT, MM, JJ)

Straße und Hausnummer (Hauptwohnsitz)
 PLZ
 Wohnort (Hauptwohnsitz)

Namentliche Bezeichnung des Geldinstituts

IBAN

Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Datum TT, MM, JJ
 Unterschrift **Kontoinhaber/-in**

Betreffende Verträge

alle bei der WWK Allgemeine Versicherung AG abgeschlossenen Verträge (bitte mindestens eine Vertragsnummer angeben)
 nachstehend aufgeführte Verträge

Betreffender Vertrag				
<input type="text"/>				

Ich beantrage die Vertragsänderungen der gekennzeichneten Verträge und bestätige den Erhalt dieser Antragskopie.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler

Vermittlernummer