



## Veränderungsanzeige Krankenversicherung

Die Veränderung(en) gilt (gelten) ab:	Polizzenummer:
---------------------------------------	----------------

### Versicherungsnehmer

Familienname, Vorname, Titel			Geburtsdatum
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	PLZ	Wohnort	Kundennummer

## Gewünschte Änderungen

### Zahlungsweg

<input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung (unbedingt SEPA Lastschrift beilegen) <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> Zahlschein
--

### Zahlungsrhythmus

<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich
---

### Versicherungsnehmer/Prämienzahler

(Änderung des aktuellen, oder die Daten eines neuen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers)

Familienname, Vorname, Titel			Geburtsdatum
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	PLZ	Wohnort	Kundennummer

### 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.		
<b>Zahlungsempfänger:</b> UNIQA Österreich Versicherungen AG Creditor-ID: AT10UAT00000001017 Untere Donaustraße 21, 1029 Wien		
Name und genaue Anschrift des/der Zahlungspflichtigen		
IBAN des/der Zahlungspflichtigen	bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)	BIC
Unterschrift(en) des/der Kontozeichnungsberechtigten		



### Sonstige Vermerke

--

Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen.

Ich/Wir erkläre/n, dass alle Fragen, wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden – auch wenn und soweit dieses Formular von einer dritten Person ausgefüllt wurde. Im Falle einer unterbliebenen Bekanntgabe eines Umstandes nach dem in geschriebener Form gefragt wurde, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder vertragliche Leistungen verweigern.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des bisherigen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers

Als Berater	Telefon
-------------	---------

Fassung: 4.2021