

VERÄNDERUNGSANTRAG

Bitte um Übermittlung
der Unterlage per Mail an

office@invo.gmbh

VERSICHERUNGSNEHMER:IN

Vorname / Familienname _____

Polizzenummer _____

Als Versicherungsnehmer:in beantrage ich folgende Änderungen:

NEUE WOHNADRESSE _____

NAMENSÄNDERUNG _____

NEUE HÖRSYSTEME

linke Seite

Marke / Type _____

Seriennummer _____

Neuwert in € _____

rechte Seite

Marke / Type _____

Seriennummer _____

Neuwert in € _____

NEUES ZUBEHÖR

Artikel-Bezeichnung _____ Neuwert in € _____

Artikel-Bezeichnung _____ Neuwert in € _____

Artikel-Bezeichnung _____ Neuwert in € _____

Ich bevollmächtige die Versicherungsagentur

INVO GmbH

Linzer Straße 17, 4100 Ottensheim
GISA 37420147

Eduard Weber

t 0650 58 08 645
m office@invo.gmbh

mich im Rahmen der jeweiligen Agenturverhältnisse zu vertreten bzw. für mich tätig zu werden.

Die Vollmacht umfasst, soweit nicht in die Rechte berufsmäßiger Parteienvertreter:innen eingegriffen wird:

- Anträge zu erstellen, entgegenzunehmen sowie weiterzuleiten und alle damit verbundenen Maßnahmen zu setzen

Die Vollmacht wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann ohne Einhaltung einer Frist gelöst werden.

Die Änderung tritt mit _____ in Kraft.



Datum _____

Versicherungsagentur INVO GmbH

X

Unterschrift Versicherungsnehmer:in