

An  
 WIENER STÄDTISCHE  
 Allgemeine Versicherung AG  
 WIENER VEREIN – Bestattungsvorsorge  
 Postfach 755  
 1011 Wien

**Fax: (01) 531 39 - 6222**

Telefonnummer für Rückfragen

**BETRIFFT**

Familienname, Titel, Vorname	Geburtsdatum	Polizzenummer
------------------------------	--------------	---------------

NAMENSÄNDERUNG (z.B. gemeinsamer Ehepartner; amtliches Dokument oder Kopie erforderlich)

ADRESSÄNDERUNG (kein Dokument erforderlich)

Versicherungsnehmer	Versicherte Person	Prämienzahler
bisheriger Name (Geb.Dat.) / bisherige Adresse (PLZ, Ort)		
neuer Name / neue Adresse (PLZ, Ort)		

**GRABDATEN**

**SONSTIGE VEREINBARUNGEN**

Erdbestattung Feuerbestattung	Friedhof	Gruppe	Reihe	Nummer
Sonstige Vereinbarung				

**BEZUGSRECHT**

Familienname, Vorname	Geburtsdatum
-----------------------	--------------

**PRÄMIENZAHLUNG**

Zahlungsart	jährlich	halbjährlich	vierteljährlich	monatlich
	Bankeinzug	Erlagschein	VISA	
ABBUCHUNGS-AUFTRAG FÜR LASTSCHRIFTVERFAHREN <sup>1)</sup> AN (Kreditinstitut)			PRÄMIENEINZUG ÜBER VISA <sup>2)</sup> VISA-Kartennummer	
Kontonummer		Bankleitzahl		

1) Sie werden hiermit widerruflich beauftragt, die von der WIENER STÄDTISCHEN ausgefertigten und zum Einzug über mein Konto bestimmten Lastschriften durchzuführen. Die vom Konto abzubuchenden Beträge unterliegen keiner betragsmäßigen Beschränkung. Sie sind berechtigt, Lastschriften zurückzuleiten, insbesondere dann, wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist. Teilzahlungen sind nicht zu leisten. Ich nehme zur Kenntnis, dass ein Einspruch gegen Belastungen, die im Rahmen dieses Auftrages erfolgen, Ihnen gegenüber nicht möglich ist. Einwendungen, die sich auf das der Lastschrift zugrundeliegende Rechtsgeschäft beziehen, sind zwischen mir und dem Zahlungsempfänger direkt zu regeln. Ein Widerruf dieses Auftrages gilt ab dem Zeitpunkt des Einlangens bei der kontoführenden Stelle. Vom Widerruf werde ich die WIENER STÄDTISCHE gleichzeitig benachrichtigen. Im übrigen gelten die "Allgemeinen Geschäftsbedingungen der österreichischen Kreditunternehmen".

2) Hiermit ermächtige ich die WIENER STÄDTISCHE Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft, die von mir zu entrichtenden Prämienzahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines VISA-Kontos abzubuchen. Die abzubuchenden Beträge unterliegen unter Berücksichtigung des Einkaufsrahmens keiner betragsmäßigen Beschränkung.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers, Auftraggebers, Karteninhabers	Unterschrift der versicherten Person bzw. des Prämienzahlers (wenn abweichend)
------------	---	---