



*Ihr unabhängiger Versicherungsmakler*

**VÖB ECCHER Ges.m.b.H**

**A- 8010 GRAZ, Keesgasse 3**

**Tel.: 050310 Fax: 050310144**

**E-mail: [voeb1@aon.at](mailto:voeb1@aon.at)**

**[www.voeb-eccher.at](http://www.voeb-eccher.at)**

---

**VERTRAGSÄNDERUNG:**

KFZ-VERSICHERUNG

KRANKENVERSICHERUNG

SACHVERSICHERUNG

LEBENSVERSICHERUNG

UNFALLVERSICHERUNG

BAUSPAREN

<b>Polizzenummer o. Kennzeichen</b>

<b>Versicherungsunternehmen</b>

---

**VERSICHERUNGSNEHMER:**

<b>Name</b>

<b>Geb.Datum</b>

<b>Anschrift:</b>

---

<b>Adressänderung (neue Anschrift):</b>

<b>Namensänderung:</b>

<b>Kennzeichenänderung:</b>	<b>ALT:</b>	<b>NEU:</b>
-----------------------------	-------------	-------------

<b>Austellung einer neuen VB für die Behörde</b>	
--	--

<b>Änderung der Zahlungsweise auf:</b>	
--	--

<b>Änderung der Bankverbindung:</b>	<b>BIC</b>

<b>IBAN:</b>
--------------

---

**Ort / Datum**

---

**Unterschrift**