

Die Veränderung(en) gilt (gelten) ab: \_\_\_\_\_ Polizzenummer: \_\_\_\_\_

### VersicherungsnehmerIn

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

lkz/Plz/Ort: \_\_\_\_\_ Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Änderung

Zahlungsweg  Einzugsermächtigung (liegt bei – bitte unterschreiben)  Zahlschein (EUR 2,- als Mehraufwand für Zustellung)

Zahlungsrhythmus  jährlich  halbjährlich  vierteljährlich  monatlich neue Hauptfälligkeit: \_\_\_\_\_

Partner-/ToConto bzw. ErfolgsConto Nr.: \_\_\_\_\_

### Bezugsrecht

#### Empfänger der Versicherungsleistungen

im Erlebensfall  der Versicherungsnehmer

oder Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

#### im Ablebensfall

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_ %

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_ %

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_ %

Wenn mehrere Personen angegeben sind, bitte ankreuzen bzw. entsprechend vermerken:

zur Gänze in der angegebenen Reihenfolge  zu gleichen Teilen  Aufteilung in % laut Angabe\*

die Erben  der Überbringer der Polizze

Rechtsnachfolger des Versicherungsnehmers: Sofern der Versicherungsnehmer nichts anderes bestimmt, soll im Falle seines Todes während der Vertragsdauer die versicherte Person als Versicherungsnehmer mit allen Rechten und Pflichten in den Vertrag eintreten.

## Sicherstellung

Der Antragsteller ermächtigt das kreditgewährende Geldinstitut, dem Versicherer zum Zwecke der Risikobeurteilung Einsicht in Kreditunterlagen (insbesondere Kredit- oder Darlehensverträge) zu gewähren.

Vinkulierung  Verpfändung  Abtretung

Begründung: \_\_\_\_\_

Höhe der sicherzustellenden Summe: \_\_\_\_\_

Einmalgebühr inkl. Vers.-Steuer (für Unanfechtbarkeitsklausel pro VP 1‰ der unanfechtbar gestellten Summe):

Unanfechtbarkeits- und Selbstmordklausel 

VP	
----	--

VP	
----	--

Gläubiger, Name: \_\_\_\_\_

Anschrift, Darlehensnummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Prämienfreistellung ab: \_\_\_\_\_

Begründung: \_\_\_\_\_

Stundung der offenen Prämie (max. 6 Monate möglich) vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ EUR: \_\_\_\_\_

Reaktivierung (nur innerhalb von 6 Monaten ab Storno ohne Gesundheitsfragen möglich) ab \_\_\_\_\_

Storno der letzten Vertragserhöhung vom \_\_\_\_\_

## Prämienzahler

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Ikz/Plz/Ort: \_\_\_\_\_ Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Anträge auf Änderungen des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen sind zur Sicherheit der Vertragsabwicklung nur in Schriftform wirksam. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt. Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht, entsprochen. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam. Ich bestätige den Erhalt einer Formulkopie. 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 nachgefragt wurde, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder vertragliche Leistungen verweigern.

Als BetreuerIn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unterschrift VersicherungsnehmerIn (Unterschrift bisherige/r VersicherungsnehmersIn und neue /r VersicherungsnehmerIn)