



Polizzennummer/n

Veränderungsanzeige Fondsgebundene und Klassische Lebensversicherung

Versicherungsnehmer

Familienname, Vorname, Titel / Firmenname, Rechtsform		Staatsangehörigkeit	Kundennummer
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsstaat	
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Ort
			Staat

Identitätsdaten: <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Führerschein <input type="checkbox"/> Personalausweis	
Ausweisnummer	Ausstellende Behörde
Ort der Behörde	Staat der Behörde
Ausstellungsdatum	Gültigkeitsdatum

Gewünschte Änderung

Zahlungsweg ab sofort Zahlungsrhythmus ab sofort

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

Namensänderung Versicherungsnehmer Versicherte Person Prämienzahler

(Bitte legen Sie den entsprechenden **Nachweis** in Kopie bei, z.B. Heiratsurkunde, etc.)

Familienname, Vorname, Titel / Firmenname, Rechtsform		Staatsangehörigkeit	Kundennummer
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsstaat	
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Ort
			Staat

Prämienfreistellung*

Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung: **Prämienfreistellung ab 1. __ 20__**

Nach Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung gemäß § 173 VersVG ist eine **Wiederaufnahme der Prämienzahlung nur mehr mit Zustimmung des Versicherers** möglich. Es besteht die Möglichkeit, dass der Versicherer diesen Kundenwunsch auch vollständig ablehnt. Bitte beachten Sie, dass im Fall der Zustimmung durch den Versicherer eventuell eine neue Risikoprüfung erforderlich ist und/oder es zu neuen Rechnungsgrundlagen kommen kann.



Adressänderung (neue Adresse angeben)

Bitte denken Sie daran, dass **bei Verzug ins Ausland** das Formular **Wohnsitzerklärung** beizulegen ist bzw. dass **bei Rückzug nach Österreich Versicherungssteuerpflicht** gegeben sein kann.

Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	Postleitzahl	Wohnort	Staat
--	--------------	---------	-------

Steueransässigkeit außerhalb Österreichs? nein
 ja, bitte Staat und Steuernummer angeben

Für Deutschland geben Sie bitte die 11-stellige Steuernummer (Identifikationsnummer, kurz IdNr.) an.

Für die Schweiz geben Sie bitte die 13-stellige OASI-Nummer (AHV, beginnend mit 756) an.

Staat	Steuernummer*
Staat	Steuernummer*
Staat	Steuernummer*

*Begründung, warum keine Steuernummer vorhanden ist/zugeteilt wurde:

Falls Sie nicht im Land Ihres Wohnsitzes steueransässig sind, legen Sie bitte eine Bescheinigung vom Finanzamt des Landes, in dem Sie steuerlich ansässig sind, bei. Die ermittelten Informationen, soweit aufgrund des Gemeinsamen Meldestandard-Gesetzes erforderlich, werden an das Finanzamt übermittelt.

Änderung Bezugsrecht ab sofort

im Erlebensfall

<input type="checkbox"/> der Versicherungsnehmer	Bitte auch Adresse bekanntgeben!	
<input type="checkbox"/> oder Anrede, Familienname, Vorname, Titel	Adresse, PLZ, Ort	Geburtsdatum

im Ablebensfall der versicherten Person(en)

<input type="checkbox"/> zur Gänze in der angegebenen Reihenfolge	oder <input type="checkbox"/> Aufteilung in % laut Angabe: 1.% 2.% 3.%	
1. Anrede, Familienname, Vorname, Titel	Adresse, PLZ, Ort	Geburtsdatum
2. Anrede, Familienname, Vorname, Titel	Adresse, PLZ, Ort	Geburtsdatum
3. Anrede, Familienname, Vorname, Titel	Adresse, PLZ, Ort	Geburtsdatum

die Erben

ACHTUNG

Falls das bisherige Bezugsrecht auf „Überbringer der Polizza“ lautet:

Ich als Versicherungsnehmer erkläre, dass ich die Versicherungspolizza zu diesem Vertrag in keiner Form verschenkt, verkauft oder sonst an einen Dritten weitergegeben habe. Durch diese Bezugsrechtsänderung können die früheren, auf Überbringer lautenden, Polizzen nicht mehr als Legitimation für das Bezugsrecht verwendet werden.

Sollten später unter Berufung auf die hiermit annullierte Versicherungspolizza Ansprüche gegen den Versicherer gestellt werden, verpflichte ich mich zur Schad- und Klagloshaltung des Versicherers.



Änderung Prämienzahler ab sofort

Falls Prämienzahler abweichend vom Versicherungsnehmer, bitte **Identitätsdaten** und **Herkunft der Mittel zur Prämienzahlung des Prämienzahlers** angeben. Wenn es sich dabei um ein **Unternehmen** oder eine **Gebietskörperschaft** handelt, bitte unbedingt die **Selbstauskunft zur Erfüllung der Sorgfaltspflichten** ausfüllen!

Familienname, Vorname, Titel / Firmenname, Rechtsform		Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Wohnort
			Staat

Identitätsdaten: <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Führerschein <input type="checkbox"/> Personalausweis	
Ausweisnummer	Ausstellende Behörde
Ort der Behörde	Staat der Behörde
Ausstellungsdatum	Gültigkeitsdatum

<input type="checkbox"/> monatliches Bruttoeinkommen	<input type="checkbox"/> Sparguthaben/Auszahlung Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> Erbschaft/Schenkung
<input type="checkbox"/> Betriebsausgabe/-einnahme	<input type="checkbox"/> Verkauf (z.B. Immobilien, Aktien, Wertpapiere, Gold, etc.)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte nähere Angaben): _____		

Reduzierung ab 1. ____ 20____ *

<input type="checkbox"/> Reduzierung der Prämie	von _____ Euro auf _____ Euro
<input type="checkbox"/> FLV: Reduzierung der Prämienzahlungsdauer	Prämienzahlungsdauer bisher _____ Prämienzahlungsdauer neu _____
<input type="checkbox"/> FLV: Reduzierung der Laufzeit	Versicherungsdauer bisher _____ Versicherungsdauer neu _____
<input type="checkbox"/> FLV: Reduzierung der Mindesttodesfalleistung (nur möglich bis Versicherungsbeginn 12/2017)	Höhe der Todesfalleistung bisher _____ % Höhe der Todesfalleistung neu _____ %

Ausschluss/Widerspruch Index/Dynamik/Wertsicherungsklausel (jeweils zur Hauptfälligkeit)

<input type="checkbox"/> Änderung regelmäßiger Vertragsanpassungen	Index: <input type="checkbox"/> Ausschluss <input type="checkbox"/> Widerspruch für das Jahr 20____ Dynamik: <input type="checkbox"/> Ausschluss <input type="checkbox"/> Widerspruch für das Jahr 20____
KLV: Ausschluss der Wertsicherungsklausel	<input type="checkbox"/> Ausschluss <input type="checkbox"/> Widerspruch für das Jahr 20____

Ausschluss von Zusatzversicherungen ab 1. ____ 20____

<input type="checkbox"/> Ableben	<input type="checkbox"/> Überleben Prämienbefreiung
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit Prämienbefreiung	<input type="checkbox"/> Überleben Kapital
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit Rente	<input type="checkbox"/> Unfallinvalidität
<input type="checkbox"/> Witwen-/Waisenübergang	<input type="checkbox"/> Unfalltod

