

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
 Partner-/TopConto bzw. ErfolgsConto Nr.: _____

Zahlungsrhythmus jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich neue Hauptfälligkeit: _____

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

VP1	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

VP2	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

 (bitte ankreuzen, falls gewünscht)

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: _____

lkz/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/der VersicherungsnehmerIn bzw. des/der Versicherten oder sonstigen Dritten 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/der VersicherungsnehmerIn, des/der Versicherten oder sonstigen Dritten 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: _____

Tel.-Nr.: _____

_____ Unterschrift VersicherungsnehmerIn (Unterschrift bisherige/r VersicherungsnehmerIn und neue/r VersicherungsnehmerIn)