



Klassische Lebensversicherung Veränderungsanzeige

Versicherungsnehmer

Polizzennummer: _____

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geburtsdatum: _____

Staat/Plz/Ort: _____ Kunden-Nr.: _____

Identitätsdaten: Reisepass Führerschein Personalausweis

Nummer: _____ Behörde: _____

Ort der Behörde: _____ Staat der Behörde: _____

Ausstellungsdatum: _____ Gültigkeitsdatum: _____

Gewünschte Änderung

Zahlungsweg

Einzugsermächtigung (unbedingt SEPA Lastschrift auf Seite 3 ausfüllen)

Dauerauftrag

Zahlschein

Partner-/TopConto bzw. ErfolgsConto: Nr. _____

Zahlungsrhythmus

jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Angaben zur Herkunft der Mittel zur Prämienzahlung

monatliches Bruttoeinkommen Sparguthaben/Auszahlung Lebensversicherung Erbschaft Betriebsausgabe

Verkauf (z.B. Immobilien, Aktien, Wertpapiere, Gold, etc.) Sonstiges: _____

Namensänderung

Versicherte Person **Versicherungsnehmer** **Prämienzahler**

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geburtsdatum: _____

Staat/Plz/Ort: _____

Adressänderung (Neue Adresse angeben)

Straße: _____

Staat/Plz/Ort: _____

Geburtsort: _____ Geburtsstaat: _____

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

Staat: _____ Steuernummer*: _____

Staat: _____ Steuernummer*: _____

Staat: _____ Steuernummer*: _____

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

Änderung Bezugsrecht

Empfänger der Versicherungsleistungen

im Erlebensfall der Versicherungsnehmer

oder Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

im Ablebensfall

zur Gänze in der angegebenen Reihenfolge zu gleichen Teilen

1) Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

2) Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

3) Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

die Erben der Überbringer der Polize Aufteilung in % laut Angabe 1) ___% 2) ___% 3) ___%

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 VP2 (bitte ankreuzen, falls gewünscht)

Gläubiger, Name: _____

Anschrift, Darlehensnummer: _____

Bankleitzahl: _____

Prämienfreistellung

ab: _____

Stundung der offenen Prämie (max. 6 Monate möglich) vom _____ bis _____ Euro: _____

Reaktivierung ab _____

Nach Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung gemäß § 173 VersVG ist eine Reaktivierung des Vertrages nur mehr mit **Zustimmung des Versicherers** und unter Maßgabe der gültigen AVB möglich. Eine Reaktivierung **ohne neuerliche Gesundheitsfragen** ist **nur innerhalb von 6 Monaten** möglich.

Storno der letzten Vertragserhöhung vom _____

Prämienzahler (Daten des neuen Prämienzahlers)

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geburtsdatum: _____

Staat/Plz/Ort: _____ Kunden-Nr.: _____

Identitätsdaten: Reisepass Führerschein Personalausweis

Nummer: _____ Behörde: _____

Ort der Behörde: _____ Staat der Behörde: _____

Ausstellungsdatum: _____ Gültigkeitsdatum: _____

SEPA Lastschrift Mandat (unbedingt ausfüllen bei Änderung Einzugsermächtigung oder Änderung Prämienzahler)

(Ermächtigung zum Einzug der Forderungen durch SEPA-Lastschriften)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen SEPALastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger: UNIQA Österreich Versicherungen AG
Creditor-ID: AT10UAT00000001017
Untere Donaustraße 21, 1029 Wien

Name und genaue Anschrift des/der Zahlungspflichtigen

IBAN des/der Zahlungspflichtigen

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

BIC

Unterschrift(en) des/der Kontozeichnungsberechtigten

Sonstiges: _____

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 gefragt wurde, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder vertragliche Leistungen verweigern.

Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer: _____

Alle Angaben insbesondere die Identitätsdaten wurden überprüft und die Richtigkeit wird bestätigt.

Name Berater: _____ Datum: _____

Unterschrift Berater: _____ Tel.-Nr. Berater: _____