

Veränderungsanzeige Fondsgebundene und Klassische Lebensversicherung

Polizzenummer

Versicherungsnehmer:in

Anrede, Familienname, Vorname, Titel/Firmenname, Rechtsform		Staatsangehörigkeit	Kundennummer
Geburtsdatum	Geburtsort		Geburtsstaat
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Ort
			Staat
Identitätsdaten: ☐ Reisepass ☐ Führerschein ☐ Personalausweis			
Ausweisnummer		Ausstellende Behörde	
Ort der Behörde		Staat der Behörde	
Ausstellungsdatum		Gültigkeitsdatum	

Gemäß § 6 Abs. 1 Z 7 FM-GwG ist das Vorhandensein sämtlicher erforderlicher Informationen, Daten und Dokumente regelmäßig zu überprüfen und diese zu aktualisieren. Wir ersuchen Sie daher die **Kopie Ihres aktuellen amtlichen Lichtbildausweises** mitzusenden.

Gewünschte Änderung

☐ Zahlungsweg ab sofort

☐ Zahlungsrhythmus ab sofort

☐ Einzugsermächtigung	☐ Dauerauftrag	☐ Zahlschein	☐ jährlich	☐ halbjährlich	☐ vierteljährlich	☐ monatlich
--	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------------

☐ Namensänderung ☐ Versicherungsnehmer:in ☐ Versicherte Person ☐ Prämienzahler:in

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

Anrede, 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**

☐ der:die Versicherungsnehmer:in	Bitte auch Adresse bekannt geben!	
☐ oder (Anrede, Familienname, Vorname, Titel)	Adresse, PLZ, Ort	Geburtsdatum

☐ **im Ablebensfall der versicherten Person(en)**

☐ zur Gänze in der angegebenen Reihenfolge oder ☐ 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 Erbenden (nicht möglich bei Versicherungsnehmer:in ungleich versicherte Person)		
☐ die Erbenden der versicherten Person	☐ die Erbenden von dem:der Versicherungsnehmer:in (nur im 2. Rang möglich)	

ACHTUNG! Falls das bisherige Bezugsrecht auf „Überbringer der Polizze“ lautet:

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

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

☐ Änderung Prämienzahler:in ab sofort

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

Anrede, Familienname, Vorname, Titel / Firmenname, Rechtsform		Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Wohnort
Staat			
Identitätsdaten: ☐ Reisepass ☐ Führerschein ☐ Personalausweis			
Ausweisnummer		Ausstellende Behörde	
Ort der Behörde		Staat der Behörde	
Ausstellungsdatum		Gültigkeitsdatum	
☐ monatliches Bruttoeinkommen ☐ Sparguthaben/Auszahlung Lebensversicherung ☐ Erbschaft/Schenkung ☐ Betriebsausgabe/-einnahme ☐ Verkauf (z.B. Immobilien, Aktien, Wertpapiere, Gold, etc.) ☐ Sonstiges (bitte nähere Angaben): _____			

Bitte legen Sie Unterlagen betreffend die Mittelherkunft der Prämienzahlung Ihrer Lebensversicherungsverträge bei (z.B.: Gehaltsnachweis, Einkommenssteuernachweis, Unterlagen betreffend Immobilienverkauf, Erbschaft- oder Schenkungsnachweis, Nachweis über die Erträge einer Vermietung oder Verpachtung, aktuelle Bilanzen inkl. Gewinn- und Verlustrechnung, etc.). Nicht geeignet sind Depotauszug, Girokontostand, Sparbuchsaldos.

SEPA Lastschrift Mandat (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 SEPA-Lastschriften 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		

Prämienrelevante Änderungen

Bitte beachten Sie, dass für **folgende Änderungen ein Antrag** erforderlich ist. Sie erhalten diesen von der beratenden Person.

- Erhöhung der Prämie (KLV, FLV)
- Zuzahlung (KLV, FLV)
- Wiederaufnahme der Prämienzahlung (Reaktivierung mit Prämienlücke) (KLV, FLV)
- Einschluss von Zusatzversicherungen (KLV, FLV)
- Prämienfreie Verlängerung der Laufzeit (FLV)
- Prämienfreie oder prämienpflichtige Verlängerung der Laufzeit (KLV)

Diese Änderungen können eine finanzielle und/oder medizinische Risikoprüfung mit sich bringen.
Wir können auch Informationen zum Gesundheitszustand sowie weitere nötige Unterlagen anfordern.

☐ **Reduzierung ab 1. ____ 20 ____**

☐ Reduzierung der Prämie	von ____ Euro auf ____ Euro	
☐ FLV: Reduzierung der Prämienzahlungsdauer	Prämienzahlungsdauer bisher	> ____
	Prämienzahlungsdauer neu	> ____
☐ FLV: Reduzierung der Laufzeit	Versicherungsdauer bisher	> ____
	Versicherungsdauer neu	> ____
☐ FLV: Reduzierung der Mindesttodesfallleistung (nur möglich bis Versicherungsbeginn 12/2017)	Höhe der Todesfallleistung bisher	> ____ %
	Höhe der Todesfallleistung neu	> ____ %

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

☐ Änderung regelmäßiger Vertragsanpassungen	Index: ☐ Ausschluss ☐ Widerspruch für das Jahr 20 ____
	Dynamik: ☐ Ausschluss ☐ Widerspruch für das Jahr 20 ____
KLV: Ausschluss der Wertsicherungsklausel ☐ Ausschluss ☐ Widerspruch für das Jahr 20 ____	

☐ **Ausschluss von Zusatzversicherungen ab 1. ____ 20 ____**

☐ Ableben	☐ Überleben Prämienbefreiung
☐ Berufsunfähigkeit Prämienbefreiung	☐ Überleben Kapital
☐ Berufsunfähigkeit Rente	☐ Unfallinvalidität
☐ Witwen-/Waisenübergang	☐ Unfalltod

☐ **Sonstige Vermerke**

--

Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen.

Steuerlicher Hinweis zu Prämienfreistellungen und Reduktionen

Bitte beachten Sie, dass gemäß Versicherungssteuergesetz eine Prämienfreistellung oder wesentliche Prämienreduzierung, die innerhalb der ersten drei Jahre der Vertragslaufzeit durchgeführt wird, zu einer Nachversteuerung und somit zu einer zusätzlichen Versicherungssteuerbelastung führen kann. Sie haben noch Fragen? Bitte besprechen Sie Ihren Änderungswunsch vorab mit dem:der Berater:in Ihrer Bank oder wenden Sie sich an info@uniqa.at

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.

Datenschutz: Ihre Daten sind bei uns gut aufgehoben! Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen unter www.uniqa.at/versicherung/datenschutz.html. Sofern personenbezogene Daten von Personen wie insbesondere versicherte Personen, Prämienzahler, Bezugsberechtigte verarbeitet werden, informieren Sie diese über die Datenschutzhinweise von UNIQA.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer:in (bei Minderjährigen gesetzliche Vertretung)
bzw. bei juristischen Personen Unterschrift Zeichnungsberechtigten (firmenmäßige Zeichnung)

Ort, Datum

Bei Sicherstellungen Unterschrift des Gläubigers (ggf. firmenmäßige Zeichnung)
Bei unwiderruflichen Bezugsrecht Unterschrift des:der unwiderruflichen Bezugsberechtigten

Von der beratenden Person auszufüllen

Sind Ihnen Anzeichen für einen Bezug des:der Kund:in (Versicherungsnehmer:in) oder der wirtschaftlichen Eigentümer zu den USA (z.B. Geburtsort, Telefonnummer, Green Card, c/o Adresse) bekannt?

☐ nein ☐ ja

Die beratende Person bestätigt, dass die Identität des:der Kund:in festgestellt und überprüft wurde.

Name Berater:in	Telefonnummer Berater:in
Ort, Datum	Unterschrift Berater:in

Hinweis: Wenn es sich bei der antragstellenden Person um ein Unternehmen oder eine Gebietskörperschaft handelt, bitte unbedingt die Selbstauskunft zur Erfüllung der Sorgfaltspflichten ausfüllen!