



Polizzenummer	Änderungen gelten ab
---------------	----------------------

Veränderungsanzeige Fondsgebundene und Klassische Lebensversicherung

Versicherungsnehmer

Familiename, Vorname, Titel		Staatsangehörigkeit	Kundennummer	
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Wohnort	Staat
Geburtsdatum	Geburtsort		Geburtsstaat	
Identitätsdaten: <input type="checkbox"/> Führerschein <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass				
Ausweisnummer		Ausstellende Behörde		
Ort der Behörde		Staat der Behörde		
Ausstellungsdatum		Gültigkeitsdatum		

Gewünschte Änderung

Zahlungsweg

<input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung (unbedingt SEPA Lastschrift beilegen)	<input type="checkbox"/> Dauerauftrag	<input type="checkbox"/> Zahlschein
--	---------------------------------------	-------------------------------------

Zahlungsrhythmus

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

Angaben zur Herkunft der Mittel zur Prämienzahlung

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

Namensänderung Versicherte Person Versicherungsnehmer Prämienzahler

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

Familiename, Vorname, Titel	Geburtsdatum	Kundennummer	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsstaat	
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	Postleitzahl	Wohnort	Staat

Adressänderung (Neue Adresse angeben)

Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Wohnort	Staat
Steueransässigkeit außerhalb Österreichs? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Staat und Steuernummer angeben				
Staat	Steuernummer*			
Staat	Steuernummer*			
Staat	Steuernummer*			



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

Änderung Bezugsrecht

im Erlebensfall

der Versicherungsnehmer oder

im Ablebensfall der versicherten Person(en)

zur Gänze in der angegebenen Reihenfolge oder Aufteilung in % laut Angabe: 1.% 2.% 3.%

1. Anrede, Vorname, Familienname, Titel, Geburtsdatum

2. Anrede, Vorname, Familienname, Titel, Geburtsdatum

3. Anrede, Vorname, Familienname, Titel, Geburtsdatum

die Erben

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

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

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

Sicherstellung

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

- Vinkulierung
- Verpfändung
- Abtretung

Unanfechtbarkeits- und Selbstmordklausel
Einmalige Prämie inkl. Vers.-Steuer (für Unanfechtbarkeitsklausel pro VP 2,5 % der unanfechtbar gestellten Summe)
max. unanfechtbare Versicherungssumme (inkl. eventueller Vorversicherungen) 200.000 Euro
 Versicherte Person 1
 Versicherte Person 2

Gläubiger, Anschrift, Darlehensnummer, Bankleitzahl / Filiale

Prämienzahler

Familienname, Vorname, Titel		Geburtsdatum		Kundennummer	
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			

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: AT10JAT00000001017
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

Vertragsspezifische Änderungen – Klassische Lebensversicherung

Prämienfreistellung

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.

Stundung der offenen Prämie (max. 6 Monate möglich)

vom _____ bis _____ bis EUR _____

Reaktivierung

Reaktivierung ab

(Ohne Gesundheitsfragen im alten Tarif nur innerhalb von 6 Monaten ab Prämienfreistellung möglich – mit Nachzahlung)

Storno der letzten Vertragserhöhung

(Index, Dynamik) vom _____

Vertragsspezifische Änderungen – Fondsgebundene Lebensversicherung

Änderung der Mindesttodesfalleistung ab 1. 20..... (nur möglich bis Versicherungsbeginn 12/2017)

bisherige Höhe der Todesfalleistung% neue Höhe der Todesfalleistung%

Bei einer Erhöhung der Mindesttodesfalleistung können wir Informationen zum Gesundheitszustand anfordern.

Änderung der Prämienhöhe

Eine Änderung der Prämienhöhe kann eine finanzielle und/oder medizinische Risikoprüfung mit sich bringen!

Erhöhung der Prämien Reduzierung der Prämien

gilt ab 1. 20..... von EUR _____ auf EUR _____

Prämienfreistellung von 1. 20..... bis 1. 20..... Reaktivierung ab 1. 20.....

Die uns vorliegenden Bankdaten gelten, sofern uns nichts anderes bekanntgegeben wird.

Einschluss/Ausschluss/Änderung der Dynamik

Einschluss der Dynamik: jährliche Steigerung der Beiträge um% Ausschluss Dynamik

Änderung der Dynamik von% auf% Widerspruch Dynamik für das Jahr 20.....

Änderung der Laufzeit

Versicherungsdauer bisherJahre Versicherungsdauer neuJahre

Änderung der Prämienzahlungsdauer

Prämienzahlungsdauer bisherJahre Prämienzahlungsdauer neuJahre

Einschluss/Ausschluss BUZ Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit (nur zur Zahlungsfähigkeit möglich)

Einschluss der BUZ ab 1. 20.....

Wird die Prämienbefreiung gewählt, ist immer die vollständige Beantwortung folgender Unterlagen durch die versicherte Person erforderlich:

- Einwilligung zur Einholung von Gesundheitsdaten,
- Gesundheitsfragebogen,
- Information zu den Sondergefahren,
- Angabe der beruflichen Tätigkeit,
- Beantwortung der allgemeinen Fragen.

Ausschluss der BUZ ab 1. 20.....



Sonstige Vermerke

--

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.

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 Ihrer Beraterin, Ihrem Berater oder wenden Sie sich an info@uniqa.at

Mit meiner Unterschrift nehme ich die Datenschutzhinweise zur Kenntnis und bestätige meine Entscheidungen zur Zustimmung oder Nicht- Zustimmung von allfälligen Einwilligung(en). **Die Datenschutzhinweise sind für mich auf www.uniqa.at im Bereich „Datenschutz“ jederzeit aufruf-, reproduzier- und druckbar oder über Ihre Beraterin, Ihren Berater erhältlich.**

Ort, Datum

Bei Sicherstellungen:
Stempel und Unterschrift der
Gläubigerbank

Unterschrift Versicherungsnehmer

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

Name Berater	Tel.Nr. Berater:
Ort, Datum	Unterschrift Berater (Die Unterschrift des Beraters ist unbedingt erforderlich!)