



Polizzenummer/n
-----------------

## Veränderungsanzeige Fondsgebundene und Klassische Lebensversicherung

**Betriebliche Lebensversicherung** (bitte ankreuzen, falls zutreffend)

### 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
--	---

### Angaben zur Herkunft der Mittel zur Prämienzahlung

<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):		

**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



**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	<b>Neu: Bitte auch Adresse bekanntgeben!</b>	
<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.



**Sicherstellung ab sofort**

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

<input type="checkbox"/> Vinkulierung <input type="checkbox"/> Verpfändung <input type="checkbox"/> Abtretung	Unanfechtbarkeits- und Selbstmordklausel Einmalige Prämie inkl. Vers.-Steuer (für Unanfechtbarkeitsklausel pro versicherte Person 2,5 % der unanfechtbar gestellten Summe) max. unanfechtbare Versicherungssumme (inkl. eventueller Vorversicherungen) 200.000 Euro <input type="checkbox"/> Versicherte Person 1 <input type="checkbox"/> Versicherte Person 2	Gläubiger, Anschrift, Darlehensnummer, Bankleitzahl/Filiale
---	---	--

**Änderung Prämienzahler ab sofort**

Falls Prämienzahler abweichend vom Versicherungsnehmer,  
bitte **Identitätsdaten** und **Herkunft der Mittel zur Prämienzahlung des Prämienzahlers** angeben:

Familienname, Vorname, Titel		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): _____

**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.		
<b>Zahlungsempfänger:</b>	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		

## Prämienrelevante Änderungen

**Einige** der nachfolgenden **Änderungen** sind **nur bei** Verträgen der fondsgebundenen Lebensversicherung (FLV) möglich, andere nur bei Verträgen der klassischen Lebensversicherung (KLV). Sollte dies der Fall sein, so ist das entsprechend mit **FLV oder KLV** gekennzeichnet.

Bitte beachten Sie, dass **für folgende Änderungen** ein **Antrag** erforderlich ist. Sie erhalten diesen bei Ihre/r BeraterIn.

- Erhöhung der Prämie (KLV)
- Wiederaufnahme der Prämienzahlung (KLV)
- Einschluss von Zusatztarifen (KLV, FLV)

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

**FLV: Erhöhung, Verlängerung, Wiederaufnahme der Prämienzahlung ab 1. \_\_\_\_ 20\_\_\_\_**

Aufgrund geänderter gesetzlicher Vorgaben kann unter bestimmten Voraussetzungen ein Antrag erforderlich sein. Sollte das der Fall sein, werden wir Sie umgehend darüber informieren.

<input type="checkbox"/> <b>FLV: Erhöhung der Prämie</b>	von _____ Euro auf _____ Euro
<input type="checkbox"/> <b>FLV: prämienfreie Verlängerung der Laufzeit</b>	Versicherungsdauer bisher _____ Versicherungsdauer neu _____
<input type="checkbox"/> <b>FLV: Wiederaufnahme der Prämienzahlung</b>	

**Reduzierung ab 1. \_\_\_\_ 20\_\_\_\_**

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

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

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

**Prämienfreistellung**

<input type="checkbox"/> Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung: <b>Prämienfreistellung ab 1. __ 20____</b> Nach Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung gemäß § 173 VersVG ist eine <b>Wiederaufnahme der Prämienzahlung nur mehr mit Zustimmung des Versicherers</b> 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.
---



**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

**KLV: Stundung der offenen Prämie** (max. 6 Monate möglich)

Für die Stundung fallen **Verzugszinsen in Höhe von 4 %** an. Bitte beachten Sie, dass für **Biometrie-Produkte keine Stundung** angeboten werden kann. Als Alternative zur Stundung wäre ein Teilrückkauf in Höhe der Jahresprämie möglich.

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Zeitraum) bis zu einem Betrag von \_\_\_\_\_ Euro

**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 Ihrer Beraterin, Ihrem Berater oder wenden Sie sich an [info@uniqa.at](mailto: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:** Daten sind bei UNIQA gut aufgehoben! UNIQA achtet darauf, dass sie sicher sind, rechtmäßig verwendet und geheim gehalten werden. Über den Umgang mit Daten informieren unsere Datenschutzhinweise, die Sie auf [datenschutz.uniqagroup.com](http://datenschutz.uniqagroup.com) finden. Ich nehme mit meiner Unterschrift die Datenschutzhinweise zur Kenntnis und informiere als Versicherungsnehmer zusätzlich sämtliche an diesem Vertrag beteiligten Personen (Bezugsberechtigte, Prämienzahler oder versicherte Personen) über die Inhalte der Datenschutzhinweise.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer  
bzw. bei juristischen Personen: Unterschriften aller Zeichnungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Bei Sicherstellungen: Stempel und Unterschrift des Sicherstellungsgläubigers

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

Name Berater	Telefonnummer Berater
Ort, Datum	Unterschrift Berater