



Veränderungsanzeige Fondsgebundene und Klassische Lebensversicherung

Versicherungsnehmer

Polizzenummer: _____

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

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 der versicherten Person(en)

zur Gänze in der angegebenen Reihenfolge Aufteilung in % laut Angabe 1) _____ % 2) _____ % 3) _____ %

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

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

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

die Erben

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: _____

Einmalige Prämie inkl. Vers.-Steuer für Unanfechtbarkeitsklausel

pro versicherter Person 2,5 ‰ der unanfechtbar gestellten Summe (ab Versicherungsbeginn 1. 10. 2018): _____

max. unanfechtbare Versicherungssumme (inkl. eventueller Vorversicherungen) 200.000 Euro

Unanfechtbarkeits- und Selbstmordklausel VP1 VP2 (bitte ankreuzen, falls gewünscht)

Gläubiger, Name: _____

Anschrift, Darlehensnummer: _____

Bankleitzahl: _____

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 _____

Vertragsspezifische Änderungen – Klassische Lebensversicherung

Prämienfreistellung

ab: _____

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

Reaktivierung

ab 1. _____

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 (Index, Dynamik) vom _____

Vertragsspezifische Änderungen – Fondsgebundene Lebensversicherung

Änderung der Mindesttodesfallleistung ab 1. __20__ (nur möglich bis Versicherungsbeginn 12/2017)

bisherige Höhe der Todesfallleistung _____% neue Höhe der Todesfallleistung _____%

Bei einer Erhöhung der Mindesttodesfallleistung 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 ab 1. __. 20__ von _____ Euro auf _____ Euro

Reduzierung der Prämien ab 1. __. 20__ von _____ Euro auf _____ Euro

Prämienfreistellung ab 1. __ 20__ bis 1. __. 20__

Reaktivierung ab 1. __. 20__

Die uns vorliegenden Bankdaten gelten, sofern uns nichts anderes bekannt gegeben wird.

Einschluss/Ausschluss/Änderung der Dynamik

Einschluss der Dynamik: Jährliche Steigerung der Beiträge um _____%

Änderung der Dynamik von _____% auf _____%

Ausschluss der Dynamik

Widerspruch Dynamik für das Jahr 20__ (bitte nur 1 Jahr angeben!)

Änderung der Laufzeit

Versicherungsdauer bisher _____ Jahre Versicherungsdauer neu _____ Jahre

Änderung der Prämienzahlungsdauer

Prämienzahlungsdauer bisher _____ Jahre Prämienzahlungsdauer neu _____ Jahre

Einschluss/Ausschluss BUZ-Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit **Wichtig: 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 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.

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.**

Datum: _____ Unterschrift Versicherungsnehmer: _____

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

Name Berater: _____ Datum: _____

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