



# 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](http://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: \_\_\_\_\_