

# Antrag auf Änderung der Bankverbindung

Dieses Formular zur Änderung der Bankverbindung ist von allen Versicherungsnehmern auszufüllen und zu unterzeichnen, auf die sich die Versicherungspolizze bezieht. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an unseren Servicepartner in Österreich: Clerical Medical Österreich, Zweigniederlassung der Heidelberger Leben – Clerical Medical Management GmbH, Handelskai 94-96, A-1200 Wien. Sie können das Formular auch per Fax an die folgende Nummer senden: +43 1 205 1575 600. Falls Sie weitere Informationen benötigen, finden Sie diese in den Polizzenbedingungen. Sie können sich auch an Ihren Versicherungsvermittler wenden.

Polizzenummer:

## A. Angaben zum Versicherungsnehmer

Nachname/Vorname(n)

Adresse

## B. Aktuelle Bankverbindung

Kontoinhaber <input type="text"/>	Name der Bank <input type="text"/>
Bankleitzahl <input type="text"/>	Kontonummer <input type="text"/>
IBAN-Nummer <input type="text"/>	BIC <input type="text"/>

## C. Neue Bankverbindung

Kontoinhaber <input type="text"/>	Name der Bank <input type="text"/>
Bankleitzahl <input type="text"/>	Kontonummer <input type="text"/>
IBAN-Nummer <input type="text"/>	BIC <input type="text"/>

**Hinweis: Falls der Kontoinhaber vom Versicherungsnehmer abweicht, ist eine Passkopie des Kontoinhabers erforderlich.**

Datum (TT/MM/JJJJ)  
Gültig ab:

Gültig für: Auszahlungen  Einzugsermächtigung

**Wenn sich die Änderung der Bankverbindung nur auf die Einzugsermächtigung bezieht, ist die Unterschrift des Gläubigers nicht erforderlich.**

## D. Unterschriften

Unterschrift des 1. Versicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift des 2. Versicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift Gläubiger

Datum (TT/MM/JJJJ)