

Antrag auf Änderung der Lebensversicherung

Dieses Formular zur Änderung der Lebensversicherung ist von allen Versicherungsnehmern auszufüllen und zu unterzeichnen, auf die sich die Versicherungspolizze bezieht. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an Clerical Medical Investment Group Limited, European Branch Office, Randwycksingel 35, NL-6229 EG Maastricht (P.O. Box 377, NL-6200 AJ Maastricht), Niederlande. Sie können das Formular auch per Fax an die folgende Nummer senden: +31 43 356 5001.

Im Fall von Versicherungspolizzen, für die eine Abtretung/Verpfändung vorliegt, ist das Formular auch vom Gläubiger zu unterzeichnen. Falls Sie weitere Informationen benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können sich auch an Ihren Versicherungsvermittler wenden.

Polizzennummer (bitte angeben)

Die Änderung(en) soll(en) gelten ab:

Datum (TT/MM/JJJJ)

Gewünschte Vertragsänderung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Wechsel des Versicherungsnehmers
- Eigentumsübertragung für den Fall des Ablebens des Versicherungsnehmers (vor dem Ableben der versicherten Person) – bitte mit Punkt D fortfahren.

A. Neuer Versicherungsnehmer

Anrede Herr Frau Firma

Nachname/Vorname(n)/ Firma

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Wohnsitzland

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Geburtsdatum

Reisepass- oder Personalausweisnummer

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Beziehung zum Versicherungsnehmer

B. Bankverbindung des neuen Versicherungsnehmers

Gültig für: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Auszahlungen
- Einzugsermächtigung (Wenn sich die Änderung der Bankverbindung nur auf die Einzugsermächtigung bezieht, ist die Unterschrift des Abtretungsgläubigers/Pfandgläubigers nicht erforderlich.)

Kontoinhaber

Name der Bank

Kontonummer

Bankleitzahl

BIC

IBAN

C. Bezugsrecht

Im Erlebensfall

Versicherungsnehmer

namentlich genannte Person

Nachname/Vorname(n)

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Im Ablebensfall

Versicherungsnehmer

namentlich genannte Person

Nachname/Vorname(n)

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Antrag auf Änderung der Lebensversicherung

D. Benannter Versicherungsnehmer

Anrede Herr Frau Firma

Nachname/Vorname(n)/Firma

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Wohnsitzland

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Geburtsdatum

Reisepass- oder Personalausweisnummer

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Beziehung zum Versicherungsnehmer

E. Wichtige Hinweise

Wir weisen darauf hin, dass die Übertragung bzw. Übernahme des Vertrags steuerliche Auswirkungen haben kann. Wir empfehlen daher, vor der Wahrnehmung der möglichen Optionen einen steuerlichen Berater hinsichtlich der steuerlichen Folgen zu kontaktieren.

Für den Fall, dass für diesen Vertrag ein Bezugsberechtigter unwiderruflich benannt wurde, sind gegebenenfalls weitere Informationen bzw. Genehmigungen (schriftliches Einverständnis) erforderlich.

F. Unterschriften

Der Versicherungsnehmer (Antragsteller) ist alleine für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers müssen schriftlich erfolgen. Absprachen und Erklärungen sind für den Versicherer nur verbindlich, wenn sie schriftlich ausgefertigt und vom Versicherer gezeichnet sind. Ich bestätige den Erhalt einer Kopie des Formulars. Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen.

Erklärung des benannten Versicherungsnehmers

Versicherungsnehmerwechsel: Ich stimme hiermit der Übertragung aller Rechte und Verpflichtungen aus dem Vertrag ab dem auf Seite 1 genannten Datum auf den bezeichneten neuen Versicherungsnehmer zu.

Eigentumsübertragung für den Fall des Ablebens des Versicherungsnehmers: Im Fall meines Ablebens vor dem Ableben der versicherten Person übertrage ich alle Rechte und Verpflichtungen als Versicherungsnehmer auf den benannten Versicherungsnehmer. Ich kann zu Lebzeiten die Rechte aus dem genannten Vertrag nach Wunsch auf eine andere Person übertragen, ohne dass dies die Zustimmung des oben angegebenen benannten Versicherungsnehmers erfordert.

Unterschrift der/des **aktuellen Versicherungsnehmer/s**

Datum (TT/MM/JJJJ)

Erklärung des neuen/benannten Versicherungsnehmers

Ich stimme gemäß der obigen Erklärung zu, alle Rechte und Verpflichtungen aus dem Vertrag ab dem auf Seite 1 genannten Datum/für den Fall zu übernehmen, dass der aktuelle Versicherungsnehmer vor der versicherten Person verstirbt*.

Unterschrift der/des **neuen/bekanntes Versicherungsnehmer/s**

Datum (TT/MM/JJJJ)

Erklärung des Abtretungsgläubigers/Pfandgläubigers* (falls zutreffend)

Als Abtretungsgläubiger/Pfandgläubiger* stimme ich/stimmen wir* dem oben angeführten Versicherungsnehmerwechsel/der oben angeführten Eigentumsübertragung im Fall des Ablebens des aktuellen Versicherungsnehmers* zu. Diese Änderung hat keine Auswirkungen auf die für diesen Vertrag geltende Abtretung/Verpfändung*. Die Abtretung/Verpfändung* bleibt, wie mit dem aktuellen oder damaligen Versicherungsnehmer vereinbart, bestehen.

Unterschrift des **Abtretungsgläubigers/Pfandgläubigers***

Datum (TT/MM/JJJJ)

* Unzutreffendes bitte streichen.

Herausgegeben von:

Clerical Medical Investment Group Limited, European Branch Office, P.O. Box 377, NL-6200 AJ Maastricht, Niederlande.

Randwicksingel 35, NL-6229 EG Maastricht, Niederlande

Tel. +31 43 356 5000, Fax +31 43 356 5001. Eingetragen im Handelsregister der Industrie- und Handelskammer Zuid-Limburg („Kamer van Koophandel Zuid-Limburg“) unter der Nummer 14062727.

Clerical Medical Investment Group Limited

Eingetragen in England und Wales unter der Nummer 3196171. Eingetragener Sitz: 33 Old Broad Street, London EC2N 1HZ, England.

Zugelassen und beaufsichtigt in Großbritannien durch die Financial Services Authority.

www.clericalmedical.at