

# 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 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 6001. 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.

Polizzenummer (bitte angeben)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Die Änderung(en) soll(en) gelten ab:

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, Land

Wohnsitzland

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Reisepass- oder Personalausweisnummer

Geburtsort

Beziehung zum Versicherungsnehmer

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Bitte legen Sie eine Passkopie bei.

## 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

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

## C. Bezugsrecht

Im Erlebensfall

- Versicherungsnehmer  namentlich genannte Person

Nachname/Vorname(n)

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Geburtsort

Beziehung zum Versicherungsnehmer

Im Ablebensfall

- Versicherungsnehmer  namentlich genannte Person

Nachname/Vorname(n)

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Geburtsort

Beziehung zum Versicherungsnehmer

# Antrag auf Änderung der Lebensversicherung

## D. Benannter Versicherungsnehmer

Anrede  Herr  Frau  Firma

Nachname/Vorname(n)/Firma

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Land

Wohnsitzland

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Reisepass- oder Personalausweisnummer

Geburtsort

Beziehung zum Versicherungsnehmer

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Bitte legen Sie eine Passkopie bei.

## 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/benannten 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.