

Antrag auf Änderung der Prämienzahlung/-höhe

Dieses Formular zum Antrag auf Änderung der Prämienzahlung ist von allen Versicherungsnehmern auszufüllen und zu unterzeichnen. 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. Falls Sie weitere Informationen benötigen, finden Sie diese in den Policenbedingungen. Sie können sich auch an Ihren Versicherungsvermittler wenden.

Polizzenummer:

A. Name des Versicherungsnehmers

1. Versicherungsnehmer

Nachname/Vorname(n)

Adresse (bitte PLZ angeben)

2. Versicherungsnehmer

Nachname/Vorname(n)

Adresse (bitte PLZ angeben)

B. Änderung der Prämienzahlung

- a) Zahlungsweise** monatlich* halbjährlich jährlich keine Änderung
- b) Zahlungsmethode** Einzugsermächtigung Überweisung** keine Änderung

* Bei monatlicher Prämienzahlung ist als Zahlungsmethode ausschließlich das Einzugsverfahren möglich.

** Etwaige von der überweisenden Bank für die Überweisung an das Unternehmen erhobene Gebühren gehen zulasten des Auftraggebers, d. h. es muss evtl. ein über den fälligen Betrag hinausgehender Betrag gezahlt werden, um diese Gebühren zu decken.

Kontoangaben Clerical Medical

Kontoinhaber: Clerical Medical Investment Group Limited
Kontonummer: 40 463 000

Bankleitzahl: 19 100
Bank: Deutsche Bank, Wien

BIC: DEUTATWW
IBAN: AT78 1910 0000 4046 3000

C. Änderung der Prämienhöhe

Nettoprämie (in €) zzgl. % VSt. Gesamtprämie

Bitte beachten Sie die Mindestprämie sowie die Mindesterhöhungen in den für Ihren Vertrag gültigen Policenbedingungen.

Datum (TT/MM/JJJJ)

Gültig ab: sofort

D. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige Clerical Medical bis auf Widerruf, die Prämien im Einzugsverfahren einzuziehen.

- Einzugsermächtigung wurde bereits erteilt Prämie wird überwiesen*

Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller)

Nachname/Vorname(n)

Name der Bank

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN

BIC

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift des Kontoinhabers

* Nur bei halbjährlicher oder jährlicher Prämienzahlungsweise möglich!

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

E. Unterschriften

Unterschrift des 1. Versicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift des 2. Versicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift des Gläubigers

Datum (TT/MM/JJJJ)