

# 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 Clerical Medical Investment Group Limited, European Branch Office, Randwycksingel 35, P.O. Box 377, NL-6200 AJ Maastricht, Niederlande. Sie können das Formular zur Änderung der Prämienzahlung/-höhe auch per Fax an die folgende Nummer senden: +31 43 356 5001. Falls Sie weitere Informationen benötigen, finden Sie diese in den Polizzenbedingungen. Sie können sich auch an Ihren Versicherungsvermittler wenden.

## A. Name des Versicherungsnehmers

Polizzenummer:

### 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, European Branch Office  
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.   
Gesamtpremie

Bitte beachten Sie die Mindestprämie sowie die Mindestserhöhungen in den für Ihren Vertrag gültigen Polizzenbedingungen.

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

Nachname/Vorname(n)

Datum (TT/MM/JJJJ)  Unterschrift des Kontoinhabers

Name der Bank

Bankleitzahl  Kontonummer

IBAN

## 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)