



## Veränderungsanzeige

gilt ab: \_\_\_\_\_

Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Polizzenummer: \_\_\_\_\_

### Versicherungsnehmer:

Titel	Ort
Name	Straße
Vorname	Geb.Datum

### Gewünschte Änderung

<b>Versicherungsnehmer (Änderung zum Aktuellen, oder die Daten eines neuen Versicherungsnehmers)</b>	
Titel	Ort
Name	Straße
Vorname	Geb.Datum
<b>Zahlungsweg</b>	<input type="radio"/> Sepa Lastschrift <input type="radio"/> Zahlschein
<b>Zahlungsrythmen</b>	<input type="radio"/> jährlich <input type="radio"/> halbjährlich <input type="radio"/> vierteljährlich <input type="radio"/> monatlich neue Hauptfälligkeit: _____
<b>Bezugsrecht</b>	
Im Erlebensfall:	<input type="radio"/> Versicherungsnehmer Titel, Vorname, Name: _____ <input type="radio"/> namentlich genannte Person(en) Geb.Datum: _____
Im Ablebensfall:	<input type="radio"/> Überbringer der Polizze Titel, Vorname, Name: _____ <input type="radio"/> namentlich genannte Person(en) Titel, Vorname, Name: _____ Geb.Datum: _____ Titel, Vorname, Name: _____ Geb.Datum: _____
<b>Prämienfreistellung</b>	
ab welchem Datum: _____	
Begründung: _____	
vom _____ bis _____	
Stundung der offenen Prämie (max. 1 Jahr möglich) vom _____ bis _____ bis €: _____	
<b>Reaktivierung</b>	
(nur innerhalb von 6 Monaten ab Storno ohne Gesundheitsfragen möglich) ab: _____	
<input type="radio"/> Streichung der letzten Vertragserhöhung <input type="radio"/> Aufstockung (Original beilegen)	
<b>Sonstiges</b>	

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers (in Vollmacht)