

AUFTRAG ZUR VERTRAGSÄNDERUNG IHRER FONDSGEBUNDENEN LEBENSVERSICHERUNG

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Polizzenummer	
Versicherungsnehmer	Nachname, Vorname
	Geburtsdatum
	Straße, Hausnummer
	Postleitzahl, Ort, Land

Namensänderung	Bisher	Neu
Nachname		
Vorname		
Titel		
Geschlecht		

Bitte legen Sie eine Kopie der amtlichen Urkunde bei.

Adressänderung Wohnadresse	Bisher	Neu
Strasse		
Hausnummer		
Postleitzahl		
Stadt		
Land		

Adressänderung Zustelladresse	Bisher	Neu
Strasse		
Hausnummer		
Postleitzahl		
Stadt		
Land		

Änderung Kontaktdaten	Bisher	Neu
E-Mail-Adresse		
Telefonnummer/Mobil		

Änderung Bankverbindung

Bisher

Neu

IBAN		
BIC		
Kontoinhaber/Verfügungsberechtigter		

Änderung Zahlungsfrequenz

	ab 01.
	jährlich
	halbjährlich
	vierteljährlich
	monatlich

Änderung der Ausweisdaten

Bisher

Neu

Nummer		
Ausstellungsbehörde		
Ausstellungsdatum TT.MM.JJJJ		

Prämienanpassungen

Prämienfreistellung	ab 01.
---------------------	--------

Bitte beachten Sie, dass bei einer Prämienfreistellung in den ersten drei Versicherungsjahren länger als ein Jahr, der Vertrag bei einem potenziellen Rückkauf in den ersten 10 respektive 15 Jahren zu einer Nachversteuerung führt.

Prämienreduktion	ab 01.
------------------	--------

Bitte beachten Sie, dass bei einer Prämienreduktion in den ersten drei Versicherungsjahren um mehr als 50% für länger als ein Jahr, der Vertrag bei einem potenziellen Rückkauf in den ersten 10 respektive 15 Jahren zu einer Nachversteuerung führt.

Prämienpause	ab 01.
Dauer in Monaten (maximal 24 Monate)	

Bitte beachten Sie, dass bei einer Prämienpause in den ersten drei Versicherungsjahren länger als 12 Monate, der Vertrag bei einem potenziellen Rückkauf in den ersten 10 respektive 15 Jahren zu einer Nachversteuerung führt.

**Bezugsrecht im Ablebensfall
der versicherten Person**

Priorität	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	

Priorität	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	

Priorität	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	

**Bezugsrecht im Erlebensfall
der versicherten Person**

Priorität	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	

Priorität	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	

Priorität	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	

Mit meiner Unterschrift mache ich sämtliche Angaben zum Inhalt meines Änderungsantrages und bestätige die Richtig- und Vollständigkeit sämtlicher Angaben.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer