

Polizze Nr.	Polizze Nr.	Polizze Nr.	Polizze Nr.
-------------	-------------	-------------	-------------

Änderungsanzeige gültig ab ____ . ____ . ____

(Beginn der Änderung beim Produkt GARANTIE-SPAREN: Erhält der Versicherer die Änderung bis zum 15. eines Monats, ist der Änderungsbeginn der nächste Monatserste. Bei danach einlangenden Änderungen ist der Änderungsbeginn der übernächste Monatserste.)

<input type="checkbox"/>	Namensänderung bei Verehelichung (Bitte Kopie der Heiratsurkunde beilegen!)	<input type="checkbox"/>	Adressänderung
<input type="checkbox"/>	Antragsteller	Zuname, Vorname/Titel	Geb. Datum T M J <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<input type="checkbox"/>	Inkasso-anschrift	Straße/Hausnummer	Selbständig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Staatsbürgerschaft
		Plz. Ort	Telefon privat Telefon beruflich
		Beruf (genaue Angabe der Tätigkeit)	E-Mail Adresse
Risikoanschrift	Zuname, Vorname/Titel		
	Straße/Hausnummer		
	Plz.	Ort	
	Ausstattung: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> gehoben <input type="checkbox"/> komfortabel		Versicherungssumme anpassen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	neue Wohnnutzfläche _____ m ²		
<input type="checkbox"/>	Einzugs-ermächtigung	Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften: Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschrift einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 56 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.	
<input type="checkbox"/>	Konto für Auszahlung an den Vers. Nehmer **)	Bankleitzahl	Kontonummer Kontoführendes Institut
Bezugsberechtigte Person(en)	Im Ablebensfall für alle beantragten Leistungen: Zuname, Vorname, Geb. Datum		
Lebensversicherung:			
<input type="checkbox"/>	Reduzierung der Versicherungssumme auf _____ Euro, Zusatzversicherungen werden entsprechend herabgesetzt. ^{*)}		
<input type="checkbox"/>	Reduzierung der Prämie auf _____ Euro, Zusatzversicherungen werden entsprechend herabgesetzt (Mindestprämie beachten!).		
<input type="checkbox"/>	Teilentnahme von _____ Euro (Mindestbetrag der Entnahme 1.000,- Euro; frühestens auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres; der verbleibende Wert der Deckungsrückstellung muss mindestens 1.000,- Euro betragen.) ^{**)}		
<input type="checkbox"/>	Änderung der geplanten Veranlagungsdauer auf _____ Jahre (ab Beginn). ^{**)}		
<input type="checkbox"/>	Änderung der Prämienzahlungsdauer auf _____ Jahre (ab Beginn).		
<input type="checkbox"/>	Änderung der Mindesttodesfallleistung ^{***)} in % _____. ^{***)}		
<input type="checkbox"/>	Änderung der jährlichen Wertanpassung (Indexsteigerung): <input type="checkbox"/> Einschluss <input type="checkbox"/> Ausschluss (Bei Einschluss ist der Gesundheitsfragebogen Z 500 auszufüllen – ausgenommen bei Erlebens- und Rentenversicherungen ohne Zusatzversicherungen sowie beim Produkt GARANTIE-SPAREN ^{***)}).		
<input type="checkbox"/>	Änderung der jährlichen Dynamisierung der Prämie auf _____ % (mindestens 4%, höchstens 10%). ^{***)}		
<input type="checkbox"/>	Prämienfreistellung (Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung)		
<input type="checkbox"/>	unbefristet (eine Wiederinkraftsetzung ist nur innerhalb von 12 Monaten möglich – bei Zukunftsvorsorge und Garantie-Sparen unbefristet möglich)		
<input type="checkbox"/>	bis ____ . ____ . ____ (maximal für 1 Jahr möglich)		
	Für die Dauer der Prämienfreistellung des Vertrages besteht der Versicherungsschutz über eine herabgesetzte prämienfreie Versicherungssumme.		
Lebens- und/oder Sachversicherung:			
<input type="checkbox"/>	Änderung der Zahlungsweise auf: <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich		
<input type="checkbox"/>	Änderung der Zahlungsart auf: <input type="checkbox"/> Zahlschein *)		
*) Ausgenommen Lebensprodukt GARANTIE-SPAREN			
**) Nur bei Lebensprodukt GARANTIE-SPAREN			
***) Gesundheitsfragen beim Lebensprodukt GARANTIE-SPAREN: Bei Verträgen mit regelmäßiger Prämienzahlung und einer Mindesttodesfallleistung von 5%, wobei diese 20.000,- Euro nicht übersteigt, sind keine Gesundheitsauskünfte erforderlich. Bei Einmalprämien von bis zu 200.000,- Euro und einer Mindesttodesfallleistung von 100% sind keine Gesundheitsauskünfte erforderlich. Trifft dies nicht zu ist der Gesundheitsfragebogen Z 500 auszufüllen.			

Unterschrift des Vermittlers

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Kreditgebers
(firmenmäßige Unterfertigung)