

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>Polizzenummer</b> <input type="text"/> | <input type="text"/>                 |
| Polizzenummer (unbedingt angeben)         | Die Veränderung(en) gilt (gelten) ab |

**Versicherungsnehmer(in)**

|                            |                           |                      |
|----------------------------|---------------------------|----------------------|
| <input type="text"/>       | <input type="text"/>      | <input type="text"/> |
| <small>Titel</small>       | <small>Vorname</small>    | <small>Name</small>  |
| <input type="text"/>       | <input type="text"/>      | <input type="text"/> |
| <small>Straße</small>      | <small>Geb.Dat.</small>   |                      |
| <input type="text"/>       | <input type="text"/>      |                      |
| <small>lkz/Plz/Ort</small> | <small>Kunden-Nr.</small> |                      |

## Gewünschte Änderung

|  |  |
|--|--|
| <b>Zahlungsweg</b>   | <input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung (liegt bei – bitte unterschreiben) <input type="checkbox"/> Zahlschein  |
| <b>Zahlungsrhythmus</b>  | <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="text"/><br><small>neue Hauptfälligkeit</small>  |
| <b>Bezugsrecht nach Unfalltod</b>  | <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> gesetzliche Erben <input type="checkbox"/> namentlich genannte Personen<br><input type="text"/><br><small>Titel, Vorname, Name</small> <small>Geb.Dat.</small><br><input type="text"/><br><small>Titel, Vorname, Name</small> <small>Geb.Dat.</small>                                   |
| <b>Sicherstellung</b>  | <input type="checkbox"/> Vinkulierung <input type="checkbox"/> Verpfändung <input type="checkbox"/> Abtretung<br><input type="text"/><br><small>Gläubiger</small> <small>Betrag in EUR</small><br><input type="text"/> <input type="text"/><br><small>IBAN</small> <small>bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)</small> <small>BIC</small> |
| <b>Prämienfreistellung</b>   | <input type="text"/><br><small>ab welchem Datum</small> <small>Begründung</small><br><input type="text"/><br><small>vom</small> <small>bis</small>   |
| <b>VersicherungsnehmerIn</b><br><small>(Änderung des aktuellen, oder die Daten eines neuen Versicherungsnehmers)</small> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Titel</small> <small>Vorname</small> <small>Name</small><br><input type="text"/><br><small>Straße</small> <small>Geb.Dat.</small><br><input type="text"/><br><small>lkz/Plz/Ort</small> <small>Kunden-Nr.</small>   |
| <b>Prämienzahler</b><br><small>(wenn nicht ident mit dem Versicherungsnehmer)</small>                                    | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Titel</small> <small>Vorname</small> <small>Name</small><br><input type="text"/><br><small>Straße</small> <small>Geb.Dat.</small><br><input type="text"/><br><small>lkz/Plz/Ort</small> <small>Kunden-Nr.</small>   |
| <b>Sonstiges</b>   | <input type="text"/>   |

Anträge auf Änderungen des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen sind zur Sicherheit der Vertragsabwicklung nur in Schriftform wirksam. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt. Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht, entsprochen. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam. Ich bestätige den Erhalt einer Formulkopie. Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen.

**Als Betreuer:**

|                      |  |
|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| <input type="text"/> | <small>Datum</small>   |
| <input type="text"/> | <small>Unterschrift des bisherigen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers</small> |
| <input type="text"/> | <small>Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers/Prämienzahlers</small>      |