



Polizzenummer/n

## Veränderungsanzeige Fondsgebundene und Klassische Lebensversicherung

### Versicherungsnehmer

Familienname, Vorname, Titel / Firmenname, Rechtsform		Staatsangehörigkeit	Kundennummer
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsstaat	
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Ort
			Staat

Identitätsdaten: <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Führerschein <input type="checkbox"/> Personalausweis	
Ausweisnummer	Ausstellende Behörde
Ort der Behörde	Staat der Behörde
Ausstellungsdatum	Gültigkeitsdatum

### Gewünschte Änderung

Zahlungsweg ab sofort  Zahlungsrhythmus ab sofort

<input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> Zahlschein	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich
--	---

Namensänderung  Versicherungsnehmer  Versicherte Person  Prämienzahler

(Bitte legen Sie den entsprechenden **Nachweis** in Kopie bei, z.B. Heiratsurkunde, etc.)

Familienname, Vorname, Titel / Firmenname, Rechtsform		Staatsangehörigkeit	Kundennummer
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsstaat	
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür		Postleitzahl	Ort
			Staat

Prämienfreistellung\*

<input type="checkbox"/> Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung: <b>Prämienfreistellung ab 1. __ 20__</b> Nach Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung gemäß § 173 VersVG ist eine <b>Wiederaufnahme der Prämienzahlung nur mehr mit Zustimmung des Versicherers</b> möglich. Es besteht die Möglichkeit, dass der Versicherer diesen Kundenwunsch auch vollständig ablehnt. Bitte beachten Sie, dass im Fall der Zustimmung durch den Versicherer eventuell eine neue Risikoprüfung erforderlich ist und/oder es zu neuen Rechnungsgrundlagen kommen kann.
---



**Adressänderung** (neue Adresse angeben)

Bitte denken Sie daran, dass **bei Verzug ins Ausland** das Formular **Wohnsitzerklärung** beizulegen ist bzw. dass **bei Rückzug nach Österreich Versicherungssteuerpflicht** gegeben sein kann.

Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	Postleitzahl	Wohnort	Staat
--	--------------	---------	-------

Steueransässigkeit außerhalb Österreichs?  nein  
 ja, bitte Staat und Steuernummer angeben

Für Deutschland geben Sie bitte die 11-stellige Steuernummer (Identifikationsnummer, kurz IdNr.) an.

Für die Schweiz geben Sie bitte die 13-stellige OASI-Nummer (AHV, beginnend mit 756) an.

Staat	Steuernummer*
Staat	Steuernummer*
Staat	Steuernummer*

\*Begründung, warum keine Steuernummer vorhanden ist/zugeteilt wurde:

Falls Sie nicht im Land Ihres Wohnsitzes steueransässig sind, legen Sie bitte eine Bescheinigung vom Finanzamt des Landes, in dem Sie steuerlich ansässig sind, bei. Die ermittelten Informationen, soweit aufgrund des Gemeinsamen Meldestandard-Gesetzes erforderlich, werden an das Finanzamt übermittelt.

**Änderung Bezugsrecht ab sofort**

**im Erlebensfall**

<input type="checkbox"/> der Versicherungsnehmer	<b>Bitte auch Adresse bekanntgeben!</b>	
<input type="checkbox"/> oder Anrede, Familienname, Vorname, Titel	Adresse, PLZ, Ort	Geburtsdatum

**im Ablebensfall der versicherten Person(en)**

<input type="checkbox"/> zur Gänze in der angegebenen Reihenfolge	oder <input type="checkbox"/> Aufteilung in % laut Angabe: 1. ....% 2. ....% 3. ....%	
1. Anrede, Familienname, Vorname, Titel	Adresse, PLZ, Ort	Geburtsdatum
2. Anrede, Familienname, Vorname, Titel	Adresse, PLZ, Ort	Geburtsdatum
3. Anrede, Familienname, Vorname, Titel	Adresse, PLZ, Ort	Geburtsdatum

die Erben

**ACHTUNG**

**Falls das bisherige Bezugsrecht auf „Überbringer der Polizza“ lautet:**

Ich als Versicherungsnehmer erkläre, dass ich die Versicherungspolizza zu diesem Vertrag in keiner Form verschenkt, verkauft oder sonst an einen Dritten weitergegeben habe. Durch diese Bezugsrechtsänderung können die früheren, auf Überbringer lautenden, Polizzen nicht mehr als Legitimation für das Bezugsrecht verwendet werden.

Sollten später unter Berufung auf die hiermit annullierte Versicherungspolizza Ansprüche gegen den Versicherer gestellt werden, verpflichte ich mich zur Schad- und Klagloshaltung des Versicherers.



**Änderung Prämienzahler ab sofort**

Falls Prämienzahler abweichend vom Versicherungsnehmer, bitte **Identitätsdaten** und **Herkunft der Mittel zur Prämienzahlung des Prämienzahlers** angeben. Wenn es sich dabei um ein **Unternehmen** oder eine **Gebietskörperschaft** handelt, bitte unbedingt die **Selbstauskunft zur Erfüllung der Sorgfaltspflichten** ausfüllen!

Familienname, Vorname, Titel / Firmenname, Rechtsform		Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	Postleitzahl	Wohnort	Staat

Identitätsdaten: <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Führerschein <input type="checkbox"/> Personalausweis	
Ausweisnummer	Ausstellende Behörde
Ort der Behörde	Staat der Behörde
Ausstellungsdatum	Gültigkeitsdatum

<input type="checkbox"/> monatliches Bruttoeinkommen	<input type="checkbox"/> Sparguthaben/Auszahlung Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> Erbschaft/Schenkung
<input type="checkbox"/> Betriebsausgabe/-einnahme	<input type="checkbox"/> Verkauf (z.B. Immobilien, Aktien, Wertpapiere, Gold, etc.)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte nähere Angaben): _____		

**SEPA Lastschrift Mandat** (Ermächtigung zum Einzug der Forderungen durch SEPA-Lastschriften)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.		
<b>Zahlungsempfänger:</b>	UNIQA Österreich Versicherungen AG Creditor-ID: AT10UAT00000001017 Untere Donaustraße 21, 1029 Wien	
Name und genaue Anschrift des/der Zahlungspflichtigen		
IBAN des/der Zahlungspflichtigen	bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)	BIC
Unterschrift(en) des/der Kontozeichnungsberechtigten (firmenmäßige Zeichnung)		

**Reduzierung ab 1. \_\_\_\_ 20\_\_\_\_ \***

<input type="checkbox"/> <b>Reduzierung der Prämie</b>	von _____ Euro auf _____ Euro
<input type="checkbox"/> <b>FLV: Reduzierung der Prämienzahlungsdauer</b>	Prämienzahlungsdauer bisher _____ Prämienzahlungsdauer neu _____
<input type="checkbox"/> <b>FLV: Reduzierung der Laufzeit</b>	Versicherungsdauer bisher _____ Versicherungsdauer neu _____
<input type="checkbox"/> <b>FLV: Reduzierung der Mindesttodesfallleistung</b> (nur möglich bis Versicherungsbeginn 12/2017)	Höhe der Todesfallleistung bisher _____ % Höhe der Todesfallleistung neu _____ %



**Ausschluss/Widerspruch Index/Dynamik/Wertsicherungsklausel (jeweils zur Hauptfälligkeit)**

<input type="checkbox"/> <b>Änderung regelmäßiger Vertragsanpassungen</b>	<b>Index:</b> <input type="checkbox"/> Ausschluss <input type="checkbox"/> Widerspruch für das Jahr 20 ____
	<b>Dynamik:</b> <input type="checkbox"/> Ausschluss <input type="checkbox"/> Widerspruch für das Jahr 20 ____
<b>KLV: Ausschluss der Wertsicherungsklausel</b> <input type="checkbox"/> Ausschluss <input type="checkbox"/> Widerspruch für das Jahr 20 ____	

**Ausschluss von Zusatzversicherungen ab 1. \_\_\_\_ 20\_\_\_\_**

<input type="checkbox"/> Ableben	<input type="checkbox"/> Überleben Prämienbefreiung
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit Prämienbefreiung	<input type="checkbox"/> Überleben Kapital
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit Rente	<input type="checkbox"/> Unfallinvalidität
<input type="checkbox"/> Witwen-/Waisenübergang	<input type="checkbox"/> Unfalltod

**Sonstige Vermerke**

Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen.

**\*Steuerlicher Hinweis zu Prämienfreistellungen und Reduktionen**

Bitte beachten Sie, dass gemäß Versicherungssteuergesetz eine Prämienfreistellung oder wesentliche Prämienreduzierung, die innerhalb der ersten drei Jahre der Vertragslaufzeit durchgeführt wird, zu einer Nachversteuerung und somit zu einer zusätzlichen Versicherungssteuerbelastung führen kann. Sie haben noch Fragen? Bitte besprechen Sie Ihren Änderungswunsch vorab mit Ihrer Beraterin, Ihrem Berater oder wenden Sie sich an [info@uniqa.at](mailto:info@uniqa.at)

Ich/Wir erkläre/n, dass alle Fragen, wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden – auch wenn und soweit dieses Formular von einer dritten Person ausgefüllt wurde. Im Falle einer unterbliebenen Bekanntgabe eines Umstandes nach dem in geschriebener Form gefragt wurde, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder vertragliche Leistungen verweigern.

**Datenschutz:** Daten sind bei UNIQA gut aufgehoben! UNIQA achtet darauf, dass sie sicher sind, rechtmäßig verwendet und geheim gehalten werden. Über den Umgang mit Daten informieren unsere Datenschutzhinweise, die Sie auf [datenschutz.uniqa.com](http://datenschutz.uniqa.com) finden. Ich nehme mit meiner Unterschrift die Datenschutzhinweise zur Kenntnis und informiere als Versicherungsnehmer zusätzlich sämtliche an diesem Vertrag beteiligten Personen (Bezugsberechtigte, Prämienzahler oder versicherte Personen) über die Inhalte der Datenschutzhinweise.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer (bei Minderjährigen gesetzliche Vertreter)  
bzw. bei juristischen Personen Unterschrift Zeichnungsberechtigten (firmenmäßige Zeichnung)

Ort, Datum

Bei Sicherstellungen Unterschrift des Gläubigers (ggf. firmenmäßige Zeichnung)  
Bei unwiderruflichen Bezugsrecht Unterschrift des unwiderruflichen Bezugsberechtigten

**Alle Angaben, insbesondere die Identitätsdaten, wurden überprüft und die Richtigkeit wird bestätigt.**

Name Berater	Telefonnummer Berater
Ort, Datum	Unterschrift Berater