

Ä N D E R U N G S A N T R A G

Polizzen-Nummer:

Filiale:
Kundenberater:

VERSICHERUNGSNEHMER/IN

Name (Bei Änderung geben Sie bitte hier den bisherigen Namen/Versicherungsnehmer an):

Ich/Wir beantrage/n folgende Änderung/en ab

01. . 20

Änderungen des Namens/Versicherungsnehmer:
Name: Akad. Grad:

Änderung der Wohnadresse/Adresse:
Postleitzahl: Ort, Straße/Gasse/Platz, Hausnummer:

Änderungen des Bezugsrechtes:
Bei Ableben Name/Geb.-Datum: Bei Erleben Name/Geb.-Datum:

Änderung der Zahlungsweise auf jährlich ½ jährlich ¼ jährlich monatlich

Änderung der Versicherungssumme auf EUR (Bitte die Rückseite ausfüllen!)
 bei gleicher Laufzeit bei gleicher Prämie

Änderung der Prämie auf EUR (Bitte die Rückseite ausfüllen!)
 bei gleicher Laufzeit bei gleicher Versicherungssumme

Änderung der Versicherungsdauer auf Ablaufjahr (Bitte die Rückseite ausfüllen!)
 bei gleicher Prämie bei gleicher Versicherungssumme

Stundung der Prämie (max. 6 Monate) bis (Datum) (Bei FLV und PZV nicht möglich!)

Reaktivierung mit Prämie EUR mit Versicherungssumme EUR (Bitte die Rückseite ausfüllen!)

- Entfall Index
 Prämienfreistellung

Wichtiger Hinweis zur Versicherungssteuer:

Wird ein Vertrag mit laufender Prämienzahlung und einer Laufzeit von zumindest 15 Jahren (bzw. zumindest 10 Jahren, wenn der Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss das 50. Lebensjahr vollendet hatte)

- innerhalb von 3 Jahren nach Vertragsabschluss für mehr als 1 Jahr prämienfrei gestellt oder wird die Prämie um mehr als die Hälfte reduziert,
 - und wird der Vertrag in weiterer Folge vor Ablauf von 15 Jahren (bzw. 10 Jahren, wenn der Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss das 50. Lebensjahr vollendet hatte) rückgekauft,
- hat dies eine Nachversteuerung in Höhe von 7% der einbezahlten Prämiensumme zur Folge. Sofern diese Voraussetzungen eintreten, sind wir verpflichtet, die nachträglich anfallende Versicherungssteuer einzubehalten und abzuführen.

Wird ein Vertrag mit laufender Prämienzahlung und einer Laufzeit von weniger als 15 Jahren (bzw. weniger als 10 Jahren, wenn der Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss das 50. Lebensjahr vollendet hatte)

- innerhalb von 3 Jahren nach Vertragsabschluss für mehr als 1 Jahr prämienfrei gestellt oder wird die Prämie um mehr als die Hälfte reduziert,
- hat dies eine Nachversteuerung in Höhe von 7% der einbezahlten Prämiensumme zur Folge. Sofern diese Voraussetzungen eintreten, sind wir verpflichtet, die nachträglich anfallende Versicherungssteuer einzubehalten und abzuführen.

- Storno Risikoversicherung (Bitte Polizze beilegen)
 Devinkulierung

<input type="checkbox"/> Abtretung (Beilage: Abtretungserklärung)	<small>(Name und Adresse des Geldinstitutes)</small>
<input type="checkbox"/> Vinkulierung (Beilage: Vinkulierungserklärung)	
<input type="checkbox"/> Verpfändung (Beilage: Verpfändungserklärung)	<input type="checkbox"/> Unanfechtbarkeit (Aufhebung der Fristen lt. §8 und 10 AVB gegen einmalige Gebühr)

Aufgrund des Gesetzes über den gemeinsamen Meldestandard (GMSG) sind wir verpflichtet, vom Leistungsempfänger eine Selbstauskunft über seine steuerliche Ansässigkeit einzuholen. Als Leistungsempfänger bestätige ich, dass ich ausschließlich in Österreich steuerlich ansässig bin.

- Ja
 Nein, bitte das Formular „LEBEN CRS Selbstauskunft.pdf“ auszufüllen!

Besteht Steuerpflicht in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA)?

- Nein
 Ja Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer eine diesbezügliche Änderung unverzüglich mitzuteilen. Bekanntgabe der Staatsbürgerschaft Versicherungsnehmer/in:

G E S U N D H E I T S E R K L Ä R U N G

Bitte ausfüllen bei: Aufstockung, Prämienänderung, Änderung der Laufzeit oder Reaktivierung.
Beantworten Sie jede Frage vollständig und ausführlich.

1. Haben oder hatten Sie seit der letzten Antragstellung bei der HYPO-VERSICHERUNG AG

a) Krankheiten, Verletzungen erlitten?

Person 1: nein
 ja

Person 2: nein
 ja

Wenn ja: Welche? Wann?

b) Operationen, Kuren, Heilbehandlungen durchgemacht?

Person 1: nein
 ja

Person 2: nein
 ja

Wenn ja: Welche? Wann? Wo?

2. Angaben über den regelmäßigen Genuss von Alkohol, Nikotin, Suchtgiften und/oder Einnahme von Medikamenten:

Person 1: nein
 ja

Person 2: nein
 ja

Wenn ja: Was? Wieviel?

3. Sind Sie im Beruf, beim Sport oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt?

Person 1: nein
 ja

Person 2: nein
 ja

Wenn ja: Welchen?

4. Wurde anderswo eine beantragte Lebensversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder erschwert angenommen?

Person 1: nein
 ja

Person 2: nein
 ja

Wenn ja: Welche (Sparte, Versicherer, Summe)?

5. Bitte geben Sie Größe und Gewicht an:

Person 1: Größe: cm
Gewicht: kg

Person 2: Größe: cm
Gewicht: kg

6. Namen und Adressen des Hausarztes und der Ärzte, bei denen Sie zu den oben mit JA beantworteten Fragen in Behandlung standen:

Person 1:

Person 2:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe; ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben.

Ort, Datum und

Unterschrift des/der Versicherungsnehmer, Unterschrift der zu versichernden Person/en