

Ä N D E R U N G S A N T R A G

Polizzen-Nummer:

Vermittler Nr.:
Kundenberater:

VERSICHERUNGSNEHMER/IN

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

Ich beantrage folgende Änderungen ab

01. . 20

Änderungen des Namens/Versicherungsnehmer

Name

Akad. Grad

Änderung der Wohnadresse/Adresse

Postleitzahl Ort, Straße/Gasse/Platz, Hausnummer

Änderungen der Bezugsberechtigung

Bei Ableben Name/Geb.-Datum

Bei Erleben Name/Geb.-Datum

Änderung der Zahlungsweise auf jährlich ½ jährlich ¼ jährlich monatlich

Bestätigung
für das Finanzamt zur Geltendmachung von Sonderausgaben für das Jahr _____

Bestätigung
des Rückkaufwertes für die Vermögenssteuer. Stichtag: _____

Sonstiges

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 Nehmen Sie Kontakt mit uns oder Ihrer/m Kundenberater/in auf, um 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:

Wenn Meldepflicht besteht,
zuständiges Finanzamt:

Ort und Datum

Unterschrift des/der Versicherungsnehmer/s