

Vertriebs- gesell.	Agenturnummer	Personalnummer	Anteil % Vermittler	BWS/PBS	ratierl.	Vertriebsstelle	Zielgruppe	SC-Nr.
					<input type="checkbox"/>			
						Vertriebsweg		
						Antragsnummer		
						Schlüssel bei ext. Gesellschaft		

wenn mehr als 1 Verm.
 wenn Betr. ungl. Verm.
 wenn mehr als 1 Betr.

Die Änderung soll zum 01. wirksam werden.

Versicherungsnummer F V
Angabe unbedingt erforderlich!

Zu beachten: Ab dem 15. eines Monats ist mindestens auf den übernächsten Monatsersten vorzudatieren! Eine Änderung ist nur zu zukünftigen Beitragsfälligkeiten möglich.

Antragsteller/Versicherungsnehmer/Zu versichernde Person

Herr Frau Firma

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Genaue Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit _____ Branche _____

Für den oben genannten Vertrag beantrage ich folgende Änderung

- Zuzahlung¹⁾ in Höhe von _____ EUR
Ein Vorschlag wird nicht* gewünscht. Bei Selbstzahlern ist die Identifikation gemäß Geldwäschegesetz erforderlich.
- Beitragserhöhung¹⁾ um _____ EUR (Mindestserhöhung 25 EUR) Erhöhung im Rahmen des Lebensphasenkonzepts.
Ein Vorschlag wird nicht* gewünscht.
- Beitragsreduzierung auf _____ EUR
Ein Vorschlag wird nicht* gewünscht.

Einschluss Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Genaue Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit der zu versichernden Person _____ Branche _____

Beitragsbefreiung (BUZ-B) Vers.-/Beitragszahlungsdauer _____ Leistungsdauer: bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung, maximal jedoch
 – bis Endalter 67 bzw.
 – bei Einschluss der Abrufphase/Verfügungsphase: zum frühestmöglichen Abruftermin

Überschussverwendung: Beitragsverrechnung Alternativ: Verzinsliche Ansammlung

Rentenleistung (BUZ-R) Versicherungsdauer _____ Beitragszahlungsdauer _____ max. Leistungsdauer _____ mtl. garantierte Rente in EUR _____

Überschussverwendung: Beitragsverrechnung Alternativ: BU-Bonus

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Gesundheitsprüfung auf gesondertem Formular. Ein Vorschlag wird nicht* gewünscht.

- Ausschluss Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung BUZ-B BUZ-R
- Änderung der Zahlungsweise zum nächstmöglichen Termin auf monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

* Wenn Vorschlag erwünscht, dann „nicht“ bitte streichen.

1) Steuerlicher Hinweis für die private Vorsorge: Sofern vor der Beitragserhöhung oder Zuzahlung die Voraussetzung für die hälftige Besteuerung gegeben war, bleibt diese nur erhalten, wenn nach der Beitragserhöhung/Zuzahlung noch eine verbleibende Restdauer von 12 Jahren besteht und die Versicherungsleistung nicht vor Vollendung des 62. Lebensjahres des Anspruchsberechtigten ausgezahlt wird.

Bemerkungen/sonstige Änderungswünsche

Ort, Datum _____

Unterschrift Antragsteller/zu versichernde Person* _____

Unterschrift zu versichernde Person* (falls nicht Antragsteller) _____

*Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (erforderlich, falls zu versichernde Person minderjährig) _____

Unterschrift des Drittberechtigten _____

Unterschrift des Vermittlers _____

Die Unterschriften sind in meiner Gegenwart geleistet worden. Ich bestätige, dem Antragsteller eine Kopie des Antrags sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung ausgehändigt zu haben.

