

Antrag auf

Versicherer:

Änderung der Lebensversicherung

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Polizze-Nr.

Versicherungsnehmer (Familienname, Vorname, Titel)

☐ Namensänderung

☐ Versicherter

☐ Versicherungsnehmer

(Familienname, Vorname, Titel)

☐ Neue Adresse

Straße, Nr.

Postleitzahl

Ort

☐ Ab 1. .

☐ Ab sofort wird beantragt:

☐ Änderung der Versicherungssumme, der Prämie bzw. des Ablaufjahres

Versicherungssumme

Prämie (inkl. Vers.-Steuer)

☐ monatlich

☐ vierteljährlich

☐ halbjährlich

☐ jährlich

Versicherungsablauf

S

S

Jahr

☐ Einschluß folgender Zusatzversicherung(en)

☐ Entfall folgender Zusatzversicherung(en)

☐ Änderung der Zahlungsart (bei unterjähriger Zahlung erhöht sich die Tarifprämie um den entsprechenden Zuschlag)

☐ jährlich

☐ halbjährlich

☐ vierteljährlich

☐ monatlich

☐ Zahlungsweg durch Prämieineinzug

Name des Geldinstitutes

Bankleitzahl

Kontonummer

Kontoinhaber

☐ Risikobrücke bis 1. .

☐ Wiederherstellung des Versicherungsschutzes

☐ Nachzahlung des Prämienrückstandes

☐ Beginnverlegung

☐ Änderung der Bezugsberechtigung

☐ für den Ablebensfall

Name:

Geb. -Datum:

Name:

Geb. -Datum:

Name:

Geb. -Datum:

☐ für den Erlebensfall:

Name:

Geb. -Datum:

Ich bestätige, daß keine sonstigen Abreden getroffen wurden. Die Antragskopie wurde übernommen.

Unterschrift des Gläubigers (siehe 2. Seite)

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bei verpfändeten/ vinkulierten Verträgen ist die Unterschrift des Gläubigers erforderlich, wenn

- die Versicherungssumme für die restliche Vertragsdauer aufgestockt (Y-Erhöhung),
- die Versicherungssumme für die restliche Vertragsdauer herabgesetzt,
- der Versicherungsablauf in die Zukunft verlegt wird.

Erklärung der versicherten Person(en):

Die Beantwortung ist erforderlich, wenn

- die Lebensversicherung für die restliche Vertragsdauer aufgestockt (Y-Erhöhung),
- der Versicherungsablauf in die Zukunft verlegt,
- die Wertsicherungsklausel eingeschlossen,
- die Unfalltod-Zusatzversicherung eingeschlossen,
- die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen wird.

Fragen zur Gesundheit (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Versicherter	Mitversicherter
Fühlen Sie sich vollkommen gesund, beschwerdefrei und arbeitsfähig?	nein: Warum? ja ☐	nein: Warum? ja ☐
Stehen Sie derzeit in medizinischer Behandlung oder Kontrolle?	ja: Warum? Wo? Seit wann? nein ☐	ja: Warum? Seit wann? nein ☐
Nahmen Sie in den letzten 3 Jahren oder nehmen Sie jetzt regelmäßig Medikamente oder Drogen?	ja: Welche? Wieviel? nein ☐	ja: Welche? Wieviel? nein ☐
Wurden Sie in den letzten 5 Jahren operiert oder waren Sie aus einem anderen Grund in einem Spital, Rehabilitationszentrum, einer Kur- oder Heilanstalt oder in sonstiger ärztlicher Behandlung? Wurde bei Ihnen eine HIV(AIDS)-Infektion festgestellt?	ja: Warum? Wann? Wo? nein ☐	ja: Warum? Wann? Wo? nein ☐

Alle Fragen wurden von mir nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Ich stimme ausdrücklich zu, daß

- der Versicherer die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten an andere Versicherungsunternehmen oder Gemeinschaftseinrichtungen der Versicherungsunternehmen übermittelt.
- alle Sanitätsberufe, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des § 7 (1) Z. 2 Datenschutzgesetz ermächtigt und beauftragt sind, der Generali jede gewünschte Auskunft über meinen Gesundheitszustand, eine Behandlung oder einen Vorfall zu geben und vor Gericht zu bezeugen.

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherter

Unterschrift des Mitversicherten