

VERÄNDERUNGSANZEIGE

Polizze Nr.:

Polizze Nr.:

Polizze Nr.:

Antrag-
steller
(Versi-
cherungs-
nehmer)

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Akad. Grad: _____	Geburtsdatum: _____	Staatsbürgerschaft: _____
Anrede: _____		Vorname: _____		Familienname: _____
Straße: _____				
PLZ: _____	Ort: _____	Land: _____		
Telefon: _____	E-Mail: _____			

DER VERSICHERUNGSNEHMER WÜNSCHT:

Änderung
der
Zahlweise

Zahlweise: monatlich 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich ab _____

Wert-
anpassung

- Einschluss (möglich bei Fixkosten Plus, fondsgebundene Lebensversicherung, Start-Ziel, Plussparen mit 0% Rechnungszins)
- Zuwachsklausel Zuwachsklausel variabel% Zuwachsklausel konstant (möglich bei Meine Zukunft) € (24, 48, 72, 96)
- Rückgängigmachen der letzten Wertanpassung
- Rückgängigmachen der letzten Wertanpassung und Ausschluss der laufenden zukünftigen Wertanpassung
(Bei vorhandenen Sperrern ist die Zustimmung des Sperrgläubigers erforderlich.)
- Ausschluss der laufenden zukünftigen Wertanpassung (Bei vorhandenen Sperrern ist die Zustimmung des Sperrgläubigers erforderlich.)

Bitte beachten Sie, dass sich durch den Ausschluss der Wertanpassung Ihre Sparleistung und dadurch auch die Ablaufleistung verringert.

Fortsetzung auf der Rückseite →

Änderung
der Bezugs-
berechtigung

bei Erleben: _____

bei Ableben: _____

Inkasso-
änderung

Prämien-
zahler

Herr Frau _____ Akad. Grad: _____

Vorname: _____ Familienname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____

Ausweis-
daten

ausgewiesen durch: _____ Nr.: _____

ausgestellt am: _____ von: _____

Einzugs-
ermächti-
gung

Zahlungsempfänger: Allianz Elementar Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, Hietzinger Kai 101–105, 1130 Wien
Creditor-ID: AT52AEL00000004432

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Allianz Elementar Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Allianz Elementar Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft auf mein/unser Konto einzuziehenden 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. Eine Lastschrift muss dem Zahlungspflichtigen angekündigt werden (Pre-Notification). Ich/wir stimme(n) zu, dass die 14-tägige Frist für die Vorabinformation (Pre-Notification) auf 5 Tage vor Belastung des Kontos verkürzt wird.

Kontoinhaber Name/Firma: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ergänzende
Fragen

Ist die im Antrag angegebene Inkassoperson vom Versicherungsnehmer verschieden? Ja Nein

Wenn ja, dann geben Sie bitte die Beziehung zwischen Versicherungsnehmer und Inkassoperson sowie Grund für die Übernahme der Prämie an. (Diese Angaben können bei gesetzlichen Vertretern minderjähriger Kinder und bei Ehegatten entfallen.)

Erfolgt die Identifizierung der Inkassoperson am Antrag ohne persönliche Anwesenheit des Beraters? Ja Nein

Ohne persönliche Anwesenheit des Beraters sind
folgende Unterlagen dem Antrag beizulegen: . Kopie Lichtbildausweis (Personalausweis, Reisepass, Führerschein)
 und Kopie der Bankomatkarte (oder Nachweis Bankverbindung) der Inkassoperson

Sonstiges



Unter-
schriften

Ort, Datum



Mitarbeiter



Versicherungsnehmer; ggf. zusätzlich
gesetzlicher Vertreter/Sperrgläubiger
Vor- und Familienname



Inkassoperson (bei Inkassoänderung)
Vor- und Familienname