

Wüstenrot Versicherungs-AG

5020 Salzburg, Alpenstraße 61

Vertragsänderung

Vertrag Nr.:				
Versicherungsnehmer: Titel		Vorname		Staatsbürgerschaft
Familiennamen				Geburtsdatum
Straße		Hausnr.	Stiege/Stock/Tür	Beruf
Land	PLZ	Ort		
Landeswahl	Vorwahl	(Mobil-)Telefon-Nr.	E-Mail-Adresse	
Ausweis: <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Führerschein <input type="checkbox"/> Personalausweis Nr.:				
ausstellende Behörde: Datum:				
Geburtsort:			Geburtsland:	
Steuerliche Ansässigkeit(en):			Steuernummer(n):*	

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich verpflichte mich, der Versicherung Änderungen meiner steuerlichen Ansässigkeit oder meiner Steuerpflicht in den USA unverzüglich mitzuteilen und nehme zur Kenntnis, dass Zahlungen des Versicherers nur erfolgen, wenn der Empfänger über Aufforderung des Versicherers die vom Versicherer geforderten Auskünfte und Bestätigungen zu seiner Steuerpflicht abgibt.

* Hinweis: Die Steuernummer ist nur bei ausländischer Adresse oder ausländischer steuerlicher Ansässigkeit verpflichtend anzugeben.

Adressänderung (aktuelle Adresse siehe oben)

Namensänderung auf
(Kopie der Heiratsurkunde etc. bitte beilegen)

Neues Bezugsrecht bei Ableben der versicherten Person(en) (Vor- und Familienname, Geburtsdatum)

neue Zahlungsart ab **SEPA-Lastschrift** Dauerauftrag Zahlungsanweisung

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Wüstenrot Versicherungs-AG / CID AT32ZZZ00000006247 Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Wüstenrot Versicherungs-AG auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Der genaue Termin der ersten SEPA-Lastschrift wird mir zeitgerecht vor dem ersten Einzug über eine Information auf der Urkunde bzw. mit separatem Schreiben bekanntgegeben.

Kontoinhaber (Titel, Vor-, Familiennamen)		(Anschrift)
IBAN	BIC	(Geburtsdatum)

Antrag auf Vereinbarung einer neuen Zahlungsweise zum nächstmöglichen Termin oder ab monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Stundung (nur für die Kapital-Lebensversicherung zulässig) von bis höchstens 6 Monate – (nur möglich im Rahmen der geltenden Versicherungsbedingungen)

Begründung:

Beitragsfreistellung (nur f. d. Lebensversicherung zulässig) ab **Hinweis:** Beiträge sind bis zum Stichtag zu bezahlen!

Änderung des Beitragszahlers

Titel, Vor-, Familiennamen		(Geb.datum)
Straße, Hausnr, Stiege/Stock/Tür		PLZ, Ort

Sonstiges _____

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Versicherungsnehmer) _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters) _____

Unterschrift und Identitätsbestätigung: Ich bestätige hiermit, dass obige Unterschrift(en) eigenhändig vor mir geleistet wurden. Identität anhand des amtlichen Lichtbildausweises bzw. Vertretungsbefugnis anhand geeigneter Bescheinigung(en) geprüft.	Beraterstempel/Unterschrift	A	WK
			SK