



# Wüstenrot Versicherungs-AG

A-5033 Salzburg, Fach 155, Alpenstraße 61

## Vertragsänderung

<b>Vertrag Nr.:</b>	<b>Staatsbürgerschaft:</b>
<b>Versicherungsnehmer:</b> Titel, Vorname, Familienname	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Straße, Nr.:</b>	<b>Tel.Nr.:</b>
<b>PLZ, Ort:</b>	<b>Beruf:</b>
<b>Ausweis:</b> <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> Personalausweis <b>ausstellende Behörde:</b>	<b>Nr.:</b> <b>Datum:</b>

Zutreffendes bitte ankreuzen

**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 1. \_\_\_\_\_  **Bankeinzug**  Dauerauftrag  Erlagschein (gebührenpflichtig)

\_\_\_\_\_ Bankinstitut \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Konto-Nummer

**Ermächtigung zum Bankeinzug:**  
Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine Konto führende Bank ermächtigt, die Lastschrift einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

\_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer)

**neue Zahlungsweise** ab 1. \_\_\_\_\_  monatlich  vierteljährlich  
 halbjährlich  jährlich

**Sonstiges**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum  
Identität anhand des amtlichen Lichtbildausweises bzw. Vertretungsbefugnis anhand geeigneter Bescheinigung(en) geprüft:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Beraters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers  
(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

### Nur für interne Zwecke

Beraterstempel/Vermerke	<b>A</b>			WK
				SK

# Wüstenrot Versicherungs-AG

A-5033 Salzburg, Fach 155, Alpenstraße 61

## Vertragsänderung

<b>Vertrag Nr.:</b>	<b>Staatsbürgerschaft:</b>
<b>Versicherungsnehmer:</b> Titel, Vorname, Familienname	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Straße, Nr.:</b>	<b>Tel.Nr.:</b>
<b>PLZ, Ort:</b>	<b>Beruf:</b>
<b>Ausweis:</b> <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> Personalausweis <b>ausstellende Behörde:</b>	<b>Nr.:</b> <b>Datum:</b>

Zutreffendes bitte ankreuzen

**Stundung** (nur für die Lebensversicherung zulässig) von  bis  höchstens 6 Monate – ausgenommen Grundwehr- und Zivildienst

Begründung:

**Beitragsfreistellung** ab  1. (nur f. d. Lebensversicherung zulässig)

**Kündigung** zum  1. (Bitte die Original-Versicherungsurkunde beilegen!)

**Achtung!** Eine Kündigung ist unter bestimmten Voraussetzungen steuerschädlich!

**Auszahlungen**

**Gültig, wenn der Empfänger der Versicherungsleistung nicht Versicherungsnehmer ist:**  
Es ist mir bewusst, dass Versicherungsleistungen, die nicht an den Versicherungsnehmer ausgezahlt werden, erbschafts- bzw. schenkungssteuerpflichtig sind und von mir dem zuständigen Finanzamt gemeldet werden müssen.

**Überweisung** auf Girokonto:

\_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Konto-Nummer  
Geldinstitut

**Postanweisung** an:

\_\_\_\_\_ Straße  
Name PLZ/Ort

**Gebühren für Postanweisungen gehen zu Lasten des Empfängers!**

**Sonstiges**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

Identität anhand des amtlichen Lichtbildausweises bzw. Vertretungsbefugnis anhand geeigneter Bescheinigung(en) geprüft:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Beraters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers  
(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

**Nur für interne Zwecke**

Beraterstempel/Vermerke	<b>A</b>			WK
				SK