

Änderungsanzeige

Vertragsnummer

Versicherungsnehmer / in / versicherte Person Frau Herr

Name Vorname

Straße, Hausnummer (kein Postfach)

Postleitzahl Ort

Geburtsdatum Telefon privat

E-Mail

Staatsangehörigkeit

Beruf/Branche/Tätigkeit

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

Anschriftenänderung Anschriftenänderung Anschriftenberichtigung

Namensänderung Anlagen:

Heiratsurkunde Handelsregisterauszug

sonstige Unterlagen

6014 Lastschriftverfahren neu Änderung ab dem Datum

Die fälligen Beiträge sowie ggf. anfallende Kosten für in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Geschäftsvorfälle (z. B. Ausstellung einer Ersatzurkunde) werden widerruflich von dem im SEPA-Lastschrift-Mandat genannten Konto abgebucht. Das SEPA-Lastschrift-Mandat ist Teil dieser Änderungsanzeige.

Verhältnis Kontoinhaber/in zu Versicherungsnehmer/in

Beitragszahlung Die ausstehenden Beiträge in Höhe von EUR

Datum sind am überwiesen worden.

Änderung des einzuziehenden Zahlungsbetrags bei Versicherungen mit Sparoption. Bitte ziehen Sie ab dem

Datum EUR ein.

Versicherungsnehmerwechsel Ich/Wir erkläre/n hiermit, dass bei oben genannter Versicherung mit sofortiger Wirkung

Frau Herr

Name Vorname

Straße, Hausnummer (kein Postfach)

Postleitzahl Ort

Geburtsdatum Telefon privat

E-Mail

Staatsangehörigkeit

Beruf/Branche/Tätigkeit

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

Versicherungsnehmer im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sein soll. Ist der neue Versicherungsnehmer nicht zugleich versicherte Person, wird – sofern er nichts anderes bestimmt – bei seinem Ableben die versicherte Person Versicherungsnehmer.

Bitte verfügen Sie nachstehend, falls erforderlich, ein neues Bezugsrecht. Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers auf der 2. Seite.

Ich habe/Wir haben zu Kenntnis genommen, dass die PB Lebensversicherung AG nach § 33 Abs. 3 ErbStG, 7 ErbStDV verpflichtet ist, bei einem Versicherungsnehmerwechsel das zuständige Finanzamt zu informieren.

Der neue Versicherungsnehmer steht mit dem bisherigen Versicherungsnehmer in folgendem Verwandtschaftsverhältnis, bzw. Ehegatten- oder Lebenspartnerschaftsverhältnis:

Enkelkind Kind

Sonstige

Geldwäschegesetz Der Antragsteller (Versicherungsnehmer) hat sich wie folgt legitimiert:

Personalausweis Personalausweisersatz

Reisepass Reisepassersatz

Ausweisnummer Gültig bis

Ausstellende Behörde und Ort

Staatsangehörigkeit Geburtsort

Zusatzabfrage USA Ich bin in den USA geboren.

Ich habe zusätzlich die Staatsangehörigkeit der USA.

Sofern keines dieser Felder angekreuzt ist, bestätige ich, dass ich weder in den USA geboren bin noch die US-Staatsangehörigkeit besitze.

Steuerpflicht Ich bin ausschließlich in Deutschland steuerpflichtig:

ja nein

Versicherungsnehmer/in erklärt, auf eigene Rechnung zu handeln, sofern im Folgenden nichts anderes angekreuzt ist.

Nein, der „Wirtschaftlich Berechtigte“ ist im beigefügten Formular (PBV L168) zum Geldwäschegesetz angegeben.

Bezugsrechtsänderung Für die Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Gewinnbeteiligung werden als Bezugsberechtigte benannt:

Im Erlebensfall der versicherten Person:

der Versicherungsnehmer die versicherte Person

Sonstige (bitte nachstehend eintragen)

Name Vorname

Geburtsdatum

Anschrift*

*falls nicht mit Versicherungsnehmer/in identisch

Änderungsanzeige

- noch Bezugsrecht-änderung**
- Im Todesfall der versicherten Person:**
- der dann mit der versicherten Person verheiratete Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner
 - die überlebende versicherte Person
 - der Versicherungsnehmer
 - die Eltern der versicherten Person
 - die Erben der versicherten Person
 - Sonstige (bitte nachstehend eintragen)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift*

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift*

*falls nicht mit Versicherungsnehmer/in identisch
Die Bezugsberechtigung der vorgenannten Person/en ist bis zum Eintritt des Versicherungsfalls jederzeit widerrufbar.

- 6014 **Beitragsfreistellung**
- Der Vertrag soll beitragsfrei gestellt werden ab dem Datum

- Stundung**
- Ich beantrage die Stundung der Beiträge ab dem Unbezahlttermin für
- Monate (max. 6 Monate/nicht bei fondsgebundenen Versicherungen, gemahnten Verträgen und/oder innerhalb des ersten Vertragsjahres möglich)

- Kündigungsrücknahme/Rücknahme des Widerrufes/Aufnahme Weiterbesparung**
- Ich möchte meine Kündigung zurückziehen und die oben genannte Versicherung fortführen.
- Ich möchte meinen Widerruf zurückziehen und die oben genannte Versicherung fortführen oder alternativ mit einer Beginnverlegung (max. 3 Monate) ab dem Datum starten.
- Ich möchte meine oben genannte Versicherung weiter aktiv besparen und bitte hierfür um eine ggf. erforderliche Wiederin-kraftsetzung zum Datum

Die fälligen und gegebenenfalls rückständigen Beiträge sowie ggf. anfallende Kosten für in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Geschäftsvorfälle (z. B. Ausstellung einer Ersatzurkunde) werden widerruflich von dem im SEPA-Lastschrift-Mandat genannten Konto abgebucht. Das SEPA-Lastschrift-Mandat ist Teil dieser Änderungsanzeige.

Hinweis/ Einwilligungserklärung Bitte beachten Sie vor Abgabe Ihrer Unterschrift, dass auch die von Ihnen zu unterschreibende „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung Ihrer Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ bzw. bei Einschluss einer Todesfallleistung auszufüllende und zu unterschreibende „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ Bestandteil dieses Antrags ist.

Sonstige Wünsche

Datum Ort

Unterschriften (bisherige(r) Versicherungsnehmer/in (bei Firmen außerdem Stempel)

X

(neue(r) Versicherungsnehmer/in (bei Firmen außerdem Stempel)

X

berechtigter Dritter (z. B. Zessionar)

X

Daten erfasst und Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz durchgeführt.

Berater/in mit VGE-Nr., Stempel und Unterschrift

X