

PROTECTOR-OPTION

Protector-Option: 10% 15% 20% 25% 30% Ausschluss der Protector-Option

BANKVERBINDUNG

Änderung der Bankverbindung: Bankverbindung der zusätzlichen Zahlung
 Zahlung erfolgt vom bekannten Beitragskonto
 Zahlung erfolgt von folgendem Konto

Banküberweisung bitte auf folgendes Konto: Kto.-Nr.: 0213 222 007, BLZ: 502 10 900 bei Citigroup Frankfurt/Main

Hinweis (Änderung Bankverbindung und zusätzliche Zahlung): Es muss immer eine aktuelle Ausweiskopie (Personalausweis oder Reisepass) sowohl des Versicherungsnehmers als auch des Beitragszahlers/Auftraggebers der Überweisung der zusätzlichen Zahlung (sofern nicht Versicherungsnehmer) beigelegt werden. Die Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz muss Ihr Berater bestätigen:

Kto.-Nr.: _____ BLZ: _____ Kreditinstitut/Ort: _____
Kontoinhaber Name/Vorname (falls nicht Versicherungsnehmer): _____
Geburtsort: _____
 Personalausweis
 Reisepass Ausweisnummer: _____ Ausstellungsdatum: _____
Behörde: _____ Unterschrift Kontoinhaber: _____

DYNAMIK

Änderung der Dynamikoption: 5% 6% 7% 8% 9% 10% Ausschluss der Dynamikoption

BEITRAGSFREISTELLUNG

Beitragsfreistellung zum _____ bis einschließlich zum _____ (Bitte beachten Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Police).
 Wiederaufnahme der Beitragszahlung ab dem: _____

BEITRAGSZAHLUNGSWEISE

Änderung der Beitragszahlungsweise: Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

BEITRAGSREDUZIERUNG / BEITRAGSERHÖHUNG

Beitragsreduzierung: Der neue Jahresbeitrag soll _____ Euro betragen.
 Beitragserhöhung (nur zum Jahrestag der Versicherung möglich und die Erhöhung muss mindestens 10% des vorherigen Beitrages betragen):
Der neue Jahresbeitrag soll _____ Euro betragen.

ADRESSÄNDERUNG

Adressänderung des Versicherungsnehmers:

Straße, Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____

BEZUGSBERECHTIGTE IM TODESFALL

Änderung des Bezugsberechtigten im Todesfall:
 Nur Liberty Rente: Eltern der versicherten Person, oder, falls die versicherte Person verheiratet ist, der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte.
 Ehegatte, der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebte.
 Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

UNTERSCHRIFTEN

Ich, der Versicherungsnehmer, bestätige, dass der Antrag auf zusätzliche Zahlung auf meinen eigenen Wunsch zustande gekommen ist.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der in diesem „Änderungsantrag“ gemachten Angaben.

Ort / Datum _____ Unterschrift Versicherungsnehmer(in) _____

Berater (nur bei zusätzlicher Zahlung):

Die obigen Angaben nach dem Geldwäschegesetz habe ich persönlich aufgenommen und werden von mir als zutreffend bestätigt. Andere oder weitere Angaben oder Vereinbarungen als die oben aufgeführten wurden nicht gemacht.

Name des Beraters: _____
Ort / Datum _____ Unterschrift Berater(in) _____