

Antrag auf

Versicherer:

Änderung der Lebensversicherung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Polizze-Nr.

Versicherungsnehmer (Familiennamen, Vorname, Titel)

Namensänderung

Versicherter

Versicherungsnehmer

(Familiennamen, Vorname, Titel)

Neue Adresse

Straße, Nr.

Postleitzahl

Ort

Ab 1. . .

Ab sofort wird beantragt:

Änderung der Versicherungssumme, der Prämie bzw. des Ablaufjahres

Versicherungssumme

Prämie (inkl. Vers.-Steuer)

monatlich

vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

Versicherungsablauf

S

S

Jahr

Einschluß folgender Zusatzversicherung(en)

Entfall folgender Zusatzversicherung(en)

Änderung der Zahlungsart (bei unterjähriger Zahlung erhöht sich die Tarifprämie um den entsprechenden Zuschlag)

jährlich

halbjährlich

vierteljährlich

monatlich

Zahlungsweg durch Prämieinzug

Name des Geldinstitutes

Bankleitzahl

Kontonummer

Kontoinhaber

Risikobrücke bis 1. . .

Wiederherstellung des Versicherungsschutzes

Nachzahlung des Prämienrückstandes

Beginnverlegung

Änderung der Bezugsberechtigung

für den Ablebensfall

Name:

Geb. -Datum:

Name:

Geb. -Datum:

Name:

Geb. -Datum:

für den Erlebensfall:

Name:

Geb. -Datum:

Ich bestätige, daß keine sonstigen Abreden getroffen wurden. Die Antragskopie wurde übernommen.

Unterschrift des Gläubigers (siehe 2. Seite)

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bei verpfändeten/ vinkulierten Verträgen ist die Unterschrift des Gläubigers erforderlich, wenn

- die Versicherungssumme für die restliche Vertragsdauer aufgestockt (Y-Erhöhung),
- die Versicherungssumme für die restliche Vertragsdauer herabgesetzt,
- der Versicherungsablauf in die Zukunft verlegt wird.

Erklärung der versicherten Person(en):
 Die Beantwortung ist erforderlich, wenn

- die Lebensversicherung für die restliche Vertragsdauer aufgestockt (Y-Erhöhung),
- der Versicherungsablauf in die Zukunft verlegt,
- die Wertsicherungsklausel eingeschlossen,
- die Unfalltod-Zusatzversicherung eingeschlossen,
- die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen wird.

Fragen zur Gesundheit (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Versicherter	Mitversicherter
Fühlen Sie sich vollkommen gesund, beschwerdefrei und arbeitsfähig?	nein: Warum? ja <input type="checkbox"/>	nein: Warum? ja <input type="checkbox"/>
Stehen Sie derzeit in medizinischer Behandlung oder Kontrolle?	ja: Warum? Wo? Seit wann? nein <input type="checkbox"/>	ja: Warum? Seit wann? nein <input type="checkbox"/>
Nahmen Sie in den letzten 3 Jahren oder nehmen Sie jetzt regelmäßig Medikamente oder Drogen?	ja: Welche? Wieviel? nein <input type="checkbox"/>	ja: Welche? Wieviel? nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie in den letzten 5 Jahren operiert oder waren Sie aus einem anderen Grund in einem Spital, Rehabilitationszentrum, einer Kur- oder Heilanstalt oder in sonstiger ärztlicher Behandlung? Wurde bei Ihnen eine HIV(AIDS)-Infektion festgestellt?	ja: Warum? Wann? Wo? nein <input type="checkbox"/>	ja: Warum? Wann? Wo? nein <input type="checkbox"/>

Alle Fragen wurden von mir nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Ich stimme ausdrücklich zu, daß

- der Versicherer die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten an andere Versicherungsunternehmen oder Gemeinschaftseinrichtungen der Versicherungsunternehmen übermittelt.
- alle Sanitätsberufe, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des § 7 (1) Z. 2 Datenschutzgesetz ermächtigt und beauftragt sind, der Generali jede gewünschte Auskunft über meinen Gesundheitszustand, eine Behandlung oder einen Vorfall zu geben und vor Gericht zu bezeugen.

Ort	Datum	Unterschrift des Versicherter	Unterschrift des Mitversicherten