

Antwort

Canada Life Assurance Europe Limited
 Postfach 1763
 63237 Neu-Isenburg

Versicherungs-Nr.

Sollten Sie weitere Versicherungen der Canada Life Europe abgeschlossen haben, für die die nachfolgende/n Änderung/en ebenfalls gelten soll/en, so geben Sie die Versicherungsnummern dieser Verträge bitte hier an.

Falls eine Beratung zu den Auswirkungen einer beabsichtigten Änderung zum Vertrag noch nicht erfolgt ist, aber gewünscht oder nötig ist, bitten wir sich an Ihren Berater oder uns zu wenden. Bitte beachten Sie zu möglichen Auswirkungen einer Änderung auch die für den Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen.

ANSCHRIFT

Bitte verwenden Sie ab dem

(Tag/Monat/Jahr)

folgende, neue Anschrift:

Titel, Nachname	<input type="text"/>
Vorname(n)	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort (Wohnsitz)	<input type="text"/>
Telefon (freiwillige Angabe)	<input type="text"/>
E-Mail (freiwillige Angabe)	<input type="text"/> @

NAMEN

Da sich mein Name geändert hat, möchte ich Sie bitten, ab sofort den nachfolgenden, neuen Namen zu verwenden.

Bisheriger Name	<input type="text"/>
Neuer Name	<input type="text"/>

Bitte fügen Sie einen Nachweis (z.B. Kopie der Heiratsurkunde) über die Namensänderung bei.

LASTSCHRIFTEINZUGSERMÄCHTIGUNG/BANKVERBINDUNG

Canada Life Assurance Europe Limited wird ab dem bis auf Widerruf ermächtigt, alle Beiträge und sonstigen anfallenden Kosten und Gebühren bei Fälligkeit von folgendem (neuen) Konto einzuziehen.

Kontoinhaber/in <small>(falls nicht Antragsteller/in)</small>	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>

Bitte beachten Sie, dass der/die hier eingetragene Kontoinhaber/in mit dem/der bisherigen Beitragszahler/in übereinstimmen muss. Andernfalls könnten weitere Angaben nach dem Geldwäschegesetz erforderlich sein.

Kreditinstitut/Filiale	<input type="text"/>
Konto-Nr.	<input type="text"/>
BLZ	<input type="text"/>
Unterschrift des/der Kontoinhabers/in <small>(falls nicht Antragsteller/in)</small>	<input type="text"/>

ZAHLUNGSWEISE

Die Zahlungsweise soll zum

(Tag/Monat/Jahr)

wie folgt umgestellt werden:

- monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Bitte beachten Sie, dass eine Verlegung der Hauptfälligkeit nicht möglich ist. Weiterhin muss bei der neuen Zahlungsweise am Jahrestag des Versicherungsbeginns eine Beitragszahlung fällig sein.

WIDERRUFLICH BEZUGSBERECHTIGTE PERSON/EN

Zur Änderung der widerruflich bezugsberechtigten Person machen Sie bitte vollständige Angaben bezüglich Name, Vorname und Geburtsdatum der neuen bezugsberechtigten Person. **Bitte beachten Sie, dass im Fall einer Direktversicherung hierfür zusätzlich die Unterschrift des Arbeitnehmers erforderlich ist.**

Im Erlebensfall

Name, Vorname(n)			
Geburtsdatum			

Im Todesfall

Name, Vorname(n)			
Geburtsdatum			

Bei schwerer Krankheit

Name, Vorname(n)			
Geburtsdatum			

Im Fall der Erwerbsunfähigkeit, Verlust der Grundfähigkeit, Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes

Name, Vorname(n)			
Geburtsdatum			

AUSSETZUNG BZW. AUSSCHLUSS WEITERER PLANMÄSSIGER ERHÖHUNGEN

Die planmäßige Erhöhung soll in diesem Jahr einmalig ausgesetzt werden.

Bitte beachten Sie, dass Ihr Recht auf weitere planmäßige Erhöhungen erlischt, wenn Sie zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen.

Die planmäßige Erhöhung soll aus dem Vertrag ausgeschlossen werden.

Weitere Erhöhungen erfolgen für den Rest der Vertragslaufzeit nicht mehr. Ein späterer Einschluss ist nicht mehr möglich.

BEITRAGSFREISTELLUNG

Der Vertrag soll zum

(Tag/Monat/Jahr)			
------------------	--	--	--

beitragsfrei weitergeführt werden, sofern die Mindestvoraussetzungen gemäß den Versicherungsbedingungen erfüllt sind. Sollte die Beitragsfreistellung wegen Nichterfüllung der Mindestvoraussetzungen nicht möglich sein, soll der Vertrag

wie bisher weitergeführt werden.

mit dem möglichen Mindestbeitrag weiterführt werden.

gekündigt und der Rückkaufswert, soweit vorhanden und bedingungsgemäß vorgesehen, ausgezahlt werden.

ERKLÄRUNG ÜBER DEN VERLUST EINES VERSICHERUNGSSCHEINS

Der Original-Versicherungsschein zu oben genanntem Versicherungsvertrag ist nicht mehr in meinem Besitz bzw. ist abhanden gekommen.

Der Versicherungsschein ist bei mir nicht mehr auffindbar bzw. ich habe ihn nie erhalten. Ich bestätige ausdrücklich, dass der Versicherungsschein keiner dritten Person zur Sicherung von Rechten aus einer Abtretung, Verpfändung, sonstigen Leistungszusagen übergeben oder im Rahmen von Pfändungs-, Konkurs- oder sonstigen Vollstreckungsverfahren ausgehändigt wurde.

Der Versicherungsschein wurde von mir zur Sicherung von Rechten übergeben oder aufgrund des Erwerbs von Rechten folgender Person bzw. Firma ausgehändigt. Der Versicherungsschein ist dort aber nicht mehr auffindbar bzw. abhanden gekommen.

Name und Anschrift des berechtigten Dritten:

Titel, Nachname			
Vorname(n)			
Straße, Haus-Nr.			
PLZ, Ort (Wohnsitz)			

Bezeichnung des Drittrechts:

--

Ich verzichte ausdrücklich, auch für meine Rechtsnachfolger, auf jeglichen Anspruch aus dem abhanden gekommenen Versicherungsschein. Sollte sich der Versicherungsschein wieder auffinden, so werde ich diesen umgehend an Canada Life übersenden.

SONSTIGE ÄNDERUNGSWÜNSCHE

--

UNTERSCHRIFTEN

Ort			
Datum			

Unterschrift Versicherungsnehmer/einer vertretungsberechtigten Person*	
--	--

Ort			
Datum			

Unterschrift des am Vertrag berechtigten Dritten (falls Zustimmung erforderlich)	
--	--

* Für alle Änderungen außer Adressänderungen benötigen wir eine Vertretungsvollmacht (z.B. Maklervollmacht), um die Änderung durchführen zu können.