

Antwort

Canada Life Assurance Europe plc

Postfach 1763

63237 Neu-Isenburg

Bitte per Post oder per Fax an: 06102-306-1901

## IHRE DATEN

Versicherungsnehmer* (Unterstützungskasse)	<input type="text"/>
Versicherungsschein-Nr.	<input type="text"/>
Versicherte Person	<input type="text"/>

Bitte kreuzen Sie nachfolgend die Änderungen an, die wir für Sie durchführen sollen:

### ENTZUG DER LASTSCHRIFTEINZUGSERMÄCHTIGUNG BZW. DES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

ab  Grund

### KÜNDIGUNG

zum  Grund

Bankkonto für die Überweisung des Rückkaufswertes und/oder eventuell überzahlter Beiträge:

Kontoinhaber	<input type="text"/>
IBAN	D E <input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
Kreditinstitut/Filiale	<input type="text"/>

### BEGINNVERLEGUNG

auf den  Grund

### BEITRAGSREDUZIERUNG

ab  auf €

Bitte beachten Sie die bedingungsgemäße Höhe für den Mindestbeitrag.

### BEITRAGSERHÖHUNG

ab  auf €

Bitte beachten Sie die bedingungsgemäße Höhe für den Höchstbeitrag.

### BEITRAGSFREISTELLUNG

ab  Grund

### WIEDERAUFNAHME DER BEITRAGSZAHLUNG

Sollte bereits vor der Beitragsfreistellung eine Lastschrifteinzugermächtigung bzw. SEPA-Lastschriftmandat bestanden haben, hat diese weiterhin Bestand.

\* In diesem Dokument wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

**ÄNDERUNG DER ADRESSDATEN DER VERSICHERTEN PERSON**

Titel, Nachname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname(n)	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	
PLZ, Ort (Wohnsitz)	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**HINWEISE:**

Bitte beachten Sie, dass wir für folgende Vertragsänderungen das Einverständnis des Pfandgläubigers benötigen, sofern der Vertrag verpfändet wurde: Beitragsreduzierung, Beitragsfreistellung, Kündigung.

Bitte beachten Sie, dass der von Ihnen gewünschte Änderungstermin aufgrund der Regelungen in den Versicherungsbedingungen vom tatsächlichen Änderungstermin abweichen kann.

**UNTERSCHRIFT**

Ort	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Unterschrift/Stempel Unterstützungskasse	<input type="text"/> 
Unterschrift versicherte Person/Pfandgläubiger	<input type="text"/> 

**Canada Life Assurance Europe plc**  
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg

Kundenservice  
Telefon: 06102-306-1800  
Telefax: 06102-306-1801  
kundenservice@canadalife.de  
www.canadalife.de