

Antrag auf

## Änderung der Lebensversicherung



**Generali Versicherung AG**

Generaldirektion: Landkronngasse 1-3, 1010 Wien

Telefon: +43 (0)1 53 401-0

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/>			
<b>Polizze-Nr.</b>		<b>Versicherungsnehmer</b> (Familienname, Vorname, Titel)	
<input type="checkbox"/> <b>Namensänderung</b> <input type="checkbox"/> Versicherter <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer		(Familienname, Vorname, Titel)	
<input type="checkbox"/> <b>Neue Adresse</b>	Straße, Nr.	Postleitzahl	Ort
<input type="checkbox"/> <b>Ab</b> 1. . . . .	<input type="checkbox"/> <b>Ab sofort</b> wird beantragt:		
<input type="checkbox"/> <b>Änderung der Versicherungssumme</b> , der Prämie bzw. des Ablaufjahres			
Versicherungssumme	Prämie (inkl. Vers.-Steuer)	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Versicherungsablauf
Eur	Eur		Jahr
<input type="checkbox"/> <b>Einschluß</b> folgender Zusatzversicherung(en)			
<input type="checkbox"/> <b>Entfall</b> folgender Zusatzversicherung(en)			
<input type="checkbox"/> <b>Änderung der Zahlungsart</b> (bei unterjähriger Zahlung erhöht sich die Tarifprämie um den entsprechenden Zuschlag) <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich			
<input type="checkbox"/> <b>Zahlungsweg durch Prämieinzug</b>			
Name des Geldinstitutes	Bankleitzahl	Kontonummer	Kontoinhaber
<input type="checkbox"/> <b>Prämienfreistellung</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Wiederherstellung des Versicherungsschutzes</b>		<input type="checkbox"/> <b>Nachzahlung des Prämienrückstandes</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Änderung der Bezugsberechtigung</b>			
<input type="checkbox"/> für den Ablebensfall	Name:		Geb.-Datum:
	Name:		Geb.-Datum:
	Name:		Geb.-Datum:
<input type="checkbox"/> für den Erlebensfall:	Name:		Geb.-Datum:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Gläubigers

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.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ausdrücklich zu, daß der Versicherer von Ärzten, Krankenanstalten und von sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie von Sozialversicherungsträgern oder anderen Versicherungen und Behörden Auskünfte über den Gesundheitszustand einholt und entbindet diese Personen von ihrer beruflichen Verschwiegenheitspflicht.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bestätigen den Erhalt des Informationsblattes gem. § 24 DSGVO zur Datenanwendung des Versicherers und stimmen im Sinne des Datenschutzgesetzes ausdrücklich zu, dass der Versicherer und die Gesellschaften der Generali-Gruppe sowie deren Kooperationspartner ihre Daten, so wie im Informationsblatt dargestellt, verwenden und ihnen Produkte der Generali-Gruppe auch telefonisch, per Fax oder E-Mail angeboten werden. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen sind ferner damit einverstanden, dass Personenidentifikationsdaten an Direktwerbeunternehmen weitergegeben werden. Diese Weitergabe kann untersagt werden.  
Mit dem Inhalt einverstanden                       JA  NEIN

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherter \_\_\_\_\_ Unterschrift des Mitversicherten \_\_\_\_\_

Sektion/Kontonummer	Abschluss	Folge/Betreuung	Produktion

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vermittlers