

Bitte zurück an:

Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung

GmbH & Co. KG | www.schlemann.com
Ernastr. 31 | D-51069 Köln
Telefon: 0221 68 80 40 | Telefax: 0221 68 80 81
office@schlemann.com

Erklärung zur Änderung der Versicherung

Versicherungsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Versicherungsnehmer

w m Firma Name _____

Vorname _____

Straße _____ Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Nationalität _____
Tag Monat Jahr Länderkennz.

Geb.-Name _____ Fam.-Stand _____

Tel.-Nr. _____

E-Mail _____

Zahlweise

Geänderte Zahlweise ab: Datum 0 1 _____
Tag Monat Jahr

Beitragszahlweise: monatlich 1/4-jährlich
 1/2-jährlich jährlich

Beitragszahlung

Erhöhung/Reduzierung Beitrag ab Datum 0 1 _____
Tag Monat Jahr

Höhe des neuen Beitrags: _____ EUR

Eine Reduzierung kann nur auf Dauer beantragt werden. Ob eine spätere Wiedererhöhung möglich ist, prüfen wir individuell.
Aus steuerlichen Gründen ist eine Wiedererhöhung nach 36 Monaten ausgeschlossen. In der Regel ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

Unterbrechung der Beitragszahlung

Bitte beachten: Die Voraussetzungen für die Beitragspause und die Beitragsfreistellung können Sie Ihren allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen. Für eine Vorabprüfung stehen wir Ihnen unter den bekannten Servicenummern telefonisch gerne zur Verfügung.

Beitragspause
Beginn 0 1 _____
Tag Monat Jahr
Ende _____
Tag Monat Jahr

Die Beitragspause ist unter Beibehaltung des vollen Versicherungsschutzes für längstens 24 Monate möglich.

Beitragsfreistellung

Beitragsfreistellung
Beginn 0 1 _____
Tag Monat Jahr

Eine Beitragsfreistellung kann nur auf Dauer beantragt werden. Ob eine spätere Wiederinkraftsetzung möglich ist, prüfen wir individuell. Aus steuerlichen Gründen ist eine Wiederinkraftsetzung nach 36 Monaten ausgeschlossen. In der Regel ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

Änderung der Überschussbeteiligung*

TwoTrust Selekt

Beteiligung am MultiSelekt Konzept

konventionelle Überschussbeteiligung

*zum nächstmöglichen Versicherungstichtag


Sonstige Änderungswünsche:

Unterschriften


Ort/Datum _____

Unterschrift 
Versicherungsnehmer _____
bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter/Firmenstempel

Ort/Datum _____

Unterschrift des Inhabers eines Drittrechts 
Nur erforderlich, wenn ein Drittrecht besteht, zum Beispiel unwiderrufliches Bezugsrecht oder Abtretung

Ort/Datum _____

Unterschrift 
Vermittler _____
Kenntnisnahme Vermittler