

Antrag auf Änderung der Prämienzahlung/-höhe

Dieses Formular zum Antrag auf Änderung der Prämienzahlung ist von allen Versicherungsnehmern auszufüllen und zu unterzeichnen. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an unseren Servicepartner: Heidelberger Leben Service Management GmbH, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg, Deutschland. Sie können das Formular auch per Fax an die folgende Nummer senden: +49 (0) 6221 872-2751.

Falls Sie weitere Informationen benötigen, finden Sie diese in den Polizzenbedingungen. Sie können sich auch an Ihren Berater wenden.

Polizzennummer:

A. Name des Versicherungsnehmers

1. Versicherungsnehmer

Nachname/Vorname(n)

Adresse (bitte PLZ angeben)

2. Versicherungsnehmer

Nachname/Vorname(n)

Adresse (bitte PLZ angeben)

B. Änderung der Prämienzahlung

a) Zahlungsweise monatlich¹ halbjährlich jährlich keine Änderung

b) Zahlungsmethode Einzugsermächtigung Überweisung² keine Änderung

¹ Bei monatlicher Prämienzahlung ist als Zahlungsmethode ausschließlich das Einzugsverfahren möglich.

² Etwaige von der überweisenden Bank für die Überweisung an das Unternehmen erhobene Gebühren gehen zulasten des Auftraggebers, d. h. es muss evtl. ein über den fälligen Betrag hinausgehender Betrag gezahlt werden, um diese Gebühren zu decken.

Kontoangaben der Scottish Widows (Clerical Medical ist eine Servicemarke der Scottish Widows Europe S.A.)

Kontoinhaber: Scottish Widows Europe S.A.
Bank: HSBC Trinkaus & Burkhardt

BIC: TUBDEDDXXX
IBAN: DE51 3003 0880 1868 2260 01

C. Änderung der Prämienhöhe

Nettoprämie (in €) zzgl. % VSt. Gesamtprämie

Bitte beachten Sie die Mindestprämie sowie die Mindest erhöhungen in den für Ihren Vertrag gültigen Polizzenbedingungen.

Datum (TT/MM/JJJJ)

Gültig ab: sofort

D. SEPA Lastschrift einzug

Ich ermächtige die Scottish Widows Europe S.A. bis auf Widerruf, die Prämien im Einzugsverfahren einzuziehen.

Einzugs ermächtigung wurde bereits erteilt Prämie wird überwiesen³

Sollten Sie eine neue Bankverbindung haben, ersuchen wir Sie um Übermittlung des Formulars FA002 „SEPA-Lastschrift einzugsformular“.

³ Nur bei halbjährlicher oder jährlicher Prämienzahlungsweise möglich!

Hinweis: Falls der Kontoinhaber vom Versicherungsnehmer abweicht, ist eine Passkopie des Kontoinhabers erforderlich.

E. Unterschriften

Unterschrift des 1. Versicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift des 2. Versicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift des Gläubigers

Datum (TT/MM/JJJJ)

Herausgegeben von:

Scottish Widows Europe S.A., ist eine Société anonyme nach luxemburgischem Recht. Der Sitz der Gesellschaft ist Europe Building, 1, Avenue du Bois, Limpertsberg, L-1251 Luxemburg, eingetragen im Handels- und Firmenregister Luxemburg unter der Nummer B228618. Die Gesellschaft ist ein zugelassenes Versicherungsunternehmen unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances.

Clerical Medical ist ein Handelsname von Scottish Widows Europe S.A. Die Marke ist Eigentum von Scottish Widows Limited und lizenziert an Scottish Widows Europe S.A.

Heidelberger Leben Service Management GmbH ist der Servicepartner der Scottish Widows Europe S.A.

Servicepartner:

Heidelberger Leben Service Management GmbH
Im Breitspiel 2-4
69126 Heidelberg
Deutschland
Tel.: +49 (0) 6221 872-2750, Fax: +49 (0) 6221 872-2751
E-Mail: austria@clericalmedicaladmin.eu
www.clericalmedical.at