

# 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  monatlich<sup>1</sup>  halbjährlich  jährlich  keine Änderung

b) Zahlungsmethode  Einzugsermächtigung  Überweisung<sup>2</sup>  keine Änderung

<sup>1</sup> Bei monatlicher Prämienzahlung ist als Zahlungsmethode ausschließlich das Einzugsverfahren möglich.

<sup>2</sup> 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 Limited)

Kontoinhaber: Scottish Widows Limited  
Bank: Deutsche Bank, Wien

BIC: DEUTATWW  
IBAN: AT78 1910 0000 4046 3000

## C. Änderung der Prämienhöhe

Nettoprämie (in €)  zzgl. % VSt.  Gesamtprämie   
Datum (TT/MM/JJJJ)

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

Gültig ab:  sofort

## D. SEPA-Lastschriftinzug

Ich ermächtige die Scottish Widows Limited bis auf Widerruf, die Prämien im Einzugsverfahren einzuziehen.

Einzugsermächtigung wurde bereits erteilt  Prämie wird überwiesen<sup>3</sup>

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

<sup>3</sup> 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)

Scottish Widows Limited  
Eingetragen in England und Wales unter der Registernummer 3196171.  
Eingetragener Sitz im Vereinigten Königreich, 25 Gresham Street, London EC2V 7HN.  
Zugelassen durch die Prudential Regulation Authority und beaufsichtigt durch die Financial Conduct Authority und die Prudential Regulation Authority.  
Financial Services Register Nummer 181655.

Clerical Medical ist eine Handelsmarke der Scottish Widows Limited.  
Die Heidelberger Leben Service Management GmbH ist der Servicepartner von Scottish Widows Limited.

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](mailto:austria@clericalmedicaladmin.eu)  
[www.clericalmedical.at](http://www.clericalmedical.at)