

Antrag auf Änderung des Versicherungsnehmers

Versicherungs-Nr.

Erklärung des bisherigen Versicherungsnehmers (= VN)

Frau Herr Firma Firmenname, Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Geburtsdatum

Ich übertrage alle Rechte und Pflichten aus dem oben genannten Vertrag an

(Name, Vorname)

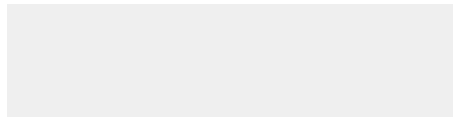
und scheidet somit zum

(Datum) aus dem Vertrag aus.

Ich verpflichte mich, dem neuen Versicherungsnehmer alle Vertragsunterlagen (Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen und sonstige Vertragsbestandteile) zu übergeben.

Ort, Datum

Unterschrift bisheriger Versicherungsnehmer



Erklärung des Antragsstellers (= Neuer Versicherungsnehmer = Neuer VN)

Ich trete mit allen Rechten und Pflichten in den oben genannten Versicherungsvertrag ein; die Vertragsunterlagen (Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen und sonstige Vertragsbestandteile) habe ich erhalten.

Frau Herr Firma Firmenname, Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Telefonnummer

Email (Pflichtangabe)

PLZ, Ort, Land

Ausgeübter Beruf/Branche

Staatsangehörigkeiten (alle)

Geburtsort

Geburtsland

Steuer-ID

(falls weitere Steuer-Identifikations-Nummern existieren, bitte zusätzlich erfassen)

Steuerdomizil (falls weitere Steuerdomizile existieren, bitte zusätzlich erfassen)

DE CH AT FR Weitere Steuerdomizile

US-Steuerstatus/Neuer Versicherungsnehmer

US-Steuerstatus ist zu bejahen, wenn auch nur eine der auf Seite 3 aufgezählten Eigenschaften auf den Antragssteller/Neuer VN zutrifft.

Ja Nein

Widerrufliche Bezugsberechtigung: Empfänger der Versicherungsleistung (Pflichtangabe)

Im Erlebensfall: Der Versicherungsnehmer, falls keine abweichende Auswahl erfolgt.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Abweichender Bezugsberechtigter:

Im Todesfall:

Versicherungsnehmer, falls abweichend von der versicherten Person

Ehepartner der versicherten Person im Todesfallzeitpunkt

Name, Vorname

Geburtsdatum

Andere Begünstigung

Beitragszahler (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Frau Herr Firma Firmenname, Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	Telefonnummer
PLZ, Ort, Land	Ausgeübter Beruf/Branche
Geburtsort	Geburtsland
	Email (Pflichtangabe)
	Staatsangehörigkeiten (alle)
	Steuer -ID

(falls weitere Steuer-ID's existieren, bitte zusätzlich erfassen)

Steuerdomizil (falls weitere Steuerdomizile existieren, bitte zusätzlich erfassen)

DE CH AT FR Weitere Steuerdomizile

US-Steuerstatus/Beitragszahler

US-Steuerstatus ist zu bejahen, wenn auch nur eine der auf Seite 3 aufgezählten Eigenschaften auf den Beitragszahler zutrifft. Ja Nein

Zahlweise für laufende Beiträge und Kontonummer

IBAN (Kontonummer)

SEPA Lastschriftmandat, oder Dauerauftrag (Bitte geben Sie auch bei Dauerauftrag die IBAN (Kontonummer) an.)

Nur bei SEPA:

Ich ermächtige die Liechtenstein Life Assurance AG, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Liechtenstein Life Assurance AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsempfänger: Liechtenstein Life Assurance AG, Industriering 37, 9491 Ruggell, Liechtenstein. Gläubiger ID: AT31ZZZ0000014607

Die Mandatsreferenznummer wird mir vor dem ersten SEPA-Lastschritteinzug mitgeteilt. Ich stimme einer Mitteilung der Mandatsreferenznummer per Email zu.

Die Beträge werden sofort bei Versicherungsbeginn und danach zu den jeweils vertraglich vereinbarten Fälligkeitsterminen eingezogen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Bitte bei SEPA-Lastschrift-Mandat immer Unterschreiben)

Ort, Datum	Unterschrift Beitragszahler bzw. Antragsteller
	

Identifizierung (Bitte immer eine Kopie des Ausweises bzw. Registerauszugs beilegen!) Antragssteller = Neuer VN

Personalausweis	Reisepass	Handelsregisterauszug
Dokument-Nr.	Ausstellungsdatum	Ausstellende Behörde

Der Antragsteller (= Neuer VN) schließt den Versicherungsvertrag im eigenen wirtschaftlichen Interesse ab, falls nicht nachfolgend ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter genannt wird.

Wirtschaftlich Berechtigter (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Frau	Herr	Firma	Firmenname, Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr. (Pflichtangabe)		Telefonnummer		Email (Pflichtangabe)
PLZ, Ort, Land		Ausgeübter Beruf/Branche		Staatsangehörigkeiten (alle)
Geburtsort		Geburtsland		Steuer -ID

(falls weitere Steuer-ID's existieren, bitte zusätzlich erfassen)

Steuerdomizil (falls weitere Steuerdomizile existieren, bitte zusätzlich erfassen)

DE CH AT FR Weitere Steuerdomizile

US-Steuerstatus/Wirtschaftlich Berechtigter

US-Steuerstatus ist zu bejahen, wenn auch nur eine der auf Seite 3 aufgezählten Eigenschaften auf die wirtschaftlich berechnete Person zutrifft.

Ja Nein

Personalausweis	Reisepass	Handelsregisterauszug
Dokument-Nr.	Ausstellungsdatum	Ausstellende Behörde

Beitragszahler (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Personalausweis	Reisepass	Handelsregisterauszug
Dokument-Nr.	Ausstellungsdatum	Ausstellende Behörde

US-Steuerstatus

US-Steuerstatus gilt für eine Person bzw. Firma, falls auch nur eine der folgenden Eigenschaften auf sie zutrifft:

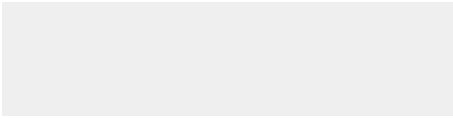
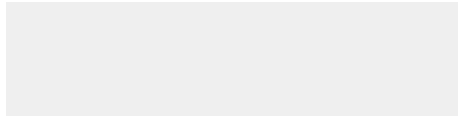
- Sie besitzt die US-Staatsbürgerschaft (einfache, doppelte oder mehrfache Staatsbürgerschaft) oder in den USA geboren.
- Sie ist in den USA ansässiger ausländischer Staatsangehöriger (z.B. Inhaber einer „Green-Card“ oder Aufenthalt über mehr als 183 Tage in den USA im laufenden Jahr).
- Sie hat den gewöhnlichen Aufenthalt oder eine Wohnsitzadresse oder eine Sitzadresse in den USA.
- Sie besitzt eine US-TIN (Steuernummer) oder US-SSN (Sozialversicherungsnummer) in den USA.
- Sie ist in den USA steuerpflichtig.
- An ihr als Gesellschaft halten mehr als 10% Personen mit US-Bezug Anteile.

Postversand

Der kostenfreie Versand der Police und der Korrespondenz an die oben angegebene Email-Adresse des Antragstellers (= Neuer VN) bzw. die elektronische Übermittlung in den persönlichen Bereich des Antragstellers (= Neuer VN) in unseren Kundenclub gilt als vereinbart.

Belehrung

Eine Änderung des Versicherungsnehmers ist kostenpflichtig. Die Gebühr beträgt EUR 10,00. Zu dieser Vertragsänderung verzichte ich iSd § 6 Abs. 4 VVG ausdrücklich auf eine Beratung durch die Liechtenstein Life Assurance AG.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller (=Neuer VN)	Unterschrift Beitragszahler
		

(falls abw. vom Antragsteller/ Neuer VN)