

# Ä N D E R U N G S A N T R A G

Polizzen-Nummer:

Vermittler Nr.:  
Kundenberater:

## VERSICHERUNGSNEHMER/IN

Name: (Bei Änderung geben Sie bitte hier den bisherigen Namen/Versicherungsnehmer an)

**Ich beantrage folgende Änderungen ab**

**01. . 20**

Änderungen des Namens/Versicherungsnehmer

Name

Akad. Grad

Änderung der Wohnadresse/Adresse

Postleitzahl      Ort, Straße/Gasse/Platz, Hausnummer

Änderungen der Bezugsberechtigung

Bei Ableben Name/Geb.-Datum

Bei Erleben Name/Geb.-Datum

Änderung der Zahlungsweise auf       jährlich     ½ jährlich     ¼ jährlich     monatlich

Bestätigung  
für das Finanzamt zur Geltendmachung von Sonderausgaben für das Jahr      \_\_\_\_\_

Bestätigung  
des Rückkaufwertes für die Vermögenssteuer.      Stichtag: \_\_\_\_\_

Sonstiges

Aufgrund des Gesetzes über den gemeinsamen Meldestandard (GMSG) sind wir verpflichtet, vom Leistungsempfänger eine Selbstauskunft über seine steuerliche Ansässigkeit einzuholen. Als Leistungsempfänger bestätige ich, dass ich ausschließlich in Österreich steuerlich ansässig bin.

- Ja  
 Nein      Nehmen Sie Kontakt mit uns oder Ihrer/m Kundenberater/in auf, um das Formular „LEBEN CRS Selbstauskunft.pdf“ auszufüllen)

Besteht Steuerpflicht in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA)?

- Nein  
 Ja      Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer eine diesbezügliche Änderung unverzüglich mitzuteilen. Bekanntgabe der Staatsbürgerschaft Versicherungsnehmer/in:

Wenn Meldepflicht besteht,  
zuständiges Finanzamt:

Ort und Datum

Unterschrift des/der Versicherungsnehmer/s