HDI Lebensversicherung AG
www.hdi.de

Bitte zurück an:

HDI Lebensversicherung AG
50580 Köln

oder per
E-Mail an: leben.service@hdi.de
Fax an: +49 221 144-3833

Erklärung zur Änderung der Versicherung

Versicherungsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Versicherungsnehmer

☐ w ☐ m ☐ Firma Name _____ Vorname _____

Straße _____ Haus-Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ (Tag Monat Jahr) Nationalität _____ (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

☐ Reduzierung des Beitrags 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 Versicherungbedingungen 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 Versicherungsstichtag

Sonstige Änderungswünsche:

_____

_____

Unterschriften

Ort/Datum _____

Ort/Datum _____

Ort/Datum _____

Unterschrift Versicherungsnehmer ✗ _____
bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter/Firmenstempel

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

Unterschrift Vermittler ✗ _____
Kenntnisnahme Vermittler