

Bitte zurück an:

## Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung

GmbH & Co. KG | www.schlemann.com  
Ernastr. 31 | D-51069 Köln  
Telefon: 0221 68 80 40 | Telefax: 0221 68 80 81  
office@schlemann.com

## Erklärung zur Änderung der Versicherung

Versicherungsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Versicherungsnehmer

w  m  Firma Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr 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

Erhöhung/Reduzierung Beitrag 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 Versicherungsbedingungen 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 Versicherungstichtag

Sonstige Änderungswünsche:

---

---

**Unterschriften**

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift   
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_  
bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter/Firmenstempel

Ort/Datum \_\_\_\_\_

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

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift   
Vermittler \_\_\_\_\_  
Kenntnisnahme Vermittler