

# Änderungsantrag

Ihr(e) Berater/-in: \_\_\_\_\_  
Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_  
Änderungsantrag  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Gewünschter Änderungstermin: \_\_\_\_\_

Antragsteller/-in (Versicherungsnehmer/-in)

Bitte bei Namensänderung ankreuzen

\_\_\_\_\_

Titel

m  w

Geschlecht

\_\_\_\_\_

Vorname(n)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Nachname

\_\_\_\_\_

Geburtsname

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

Familienstand

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Land

\_\_\_\_\_

Tätigkeitsstatus

\_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_

Ausbildung/Studium

\_\_\_\_\_

Tätig als

\_\_\_\_\_

Beruf/Branche

## Einzugsermächtigung

Bitte nutzen Sie das beiliegende Formular „SEPA-Lastschriftmandat“ (HGF256).

## Kündigungsrücknahme/Aktivierung Stellenvorbehalt

Hiermit nehme ich die von mir ausgesprochene Kündigung zum 0./1./   | 2./0./   zurück. Ich bestätige, dass der Versicherungsfall für die Haupt- und ggf. Zusatzversicherung nicht eingetreten ist. Für den Fall, dass seit Kündigungstermin 4 Wochen vergangen sind, sind die Gesundheitsangaben von der versicherten Person zu beantworten. Bitte zusätzlich das Formular „Gesundheitsfragen“ verwenden.

Aktivierung meines Stellenvorbehalts zum 0./1./   | 2./0./  

**Hinweis: Für den Fall der Kündigungsrücknahme füllen Sie bitte das Formular „SEPA-Lastschriftmandat“ aus!**

## Ausübung einer vertraglich vereinbarten Option (erforderliche Nachweise bitte beifügen)

Umwandlung einer bestehenden Risikolebensversicherung in den Tarif:  
\_\_\_\_\_

Erhöhung der BU-Rente aufgrund Erlangung der Approbation (med.) bzw. Abschluss des Rechtsreferendariats

Erhöhung der BU-Rente „Karriereoption“

Erhöhung der BU-Rente aufgrund eines objektiven Ereignisses

Erhöhung der Todesfallleistung aufgrund eines objektiven Ereignisses

ISP – Erhöhung der Todesfallleistung aufgrund einer Darlehenszusage

## Wechsel der Zahlweise

Zahlweise  
(bitte ankreuzen)

jährlich

halbjährlich

vierteljährlich

monatlich

## Änderung der Vertragslaufzeit bzw. Vertragsleistung

### Versicherungsleistung

Erhöhung auf

neue Erlebensfall-  
summe

neue Todesfallsumme

neue jährliche Rente

neuer Beitrag zur  
Hauptversicherung

Verminderung auf

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ €

Hinweis: Der Beitrag für die Beitragsbefreiung bzw. den Airbag im Berufsunfähigkeitsfall wird entsprechend angepasst!

### Versicherungsdauer

Verkürzung auf

neues Endalter

oder Restlaufzeit

bei unverändertem Beitrag

bei unveränderten

Verlängerung auf

\_\_\_\_\_ Jahre

\_\_\_\_\_ Jahre

Versicherungsleistungen

Die Beitragszahlungsdauer darf nicht länger sein als die Vertragsdauer. Sollten Sie eine kürzere Beitragszahlungsdauer wünschen, so geben Sie dies bitte hier an:

Beitragszahlungsdauer \_\_\_\_\_ Jahre oder Schlussalter bei Beitragszahlungsdauer \_\_\_\_\_ Jahre

Bei Erhöhungen und Dauerverlängerungen sind die Fragen an die zu versichernde Person (Gesundheitsfragen) zu beantworten. Die Gesellschaft behält sich vor, die Durchführung der beantragten Vertragsänderung von einwandfreien Gesundheitsverhältnissen der versicherten Person abhängig zu machen. Bitte zusätzlich das Formular „Gesundheitsfragen“ verwenden. (Nicht erforderlich bei Rentenversicherungen ohne Todesfallschutz und ohne Berufsunfähigkeitszusatzversicherung.)

## Änderung der Dynamik

Ausschluss der bestehenden  
Dynamik

Änderung der bestehenden Dynamik von

\_\_\_\_\_ % auf \_\_\_\_\_ %

Einschluss einer Dynamik mit einer jährlichen  
Steigerung des

Beitrags von \_\_\_\_\_ %

(Tarifabhängig 3%–10% möglich)

## Berufsunfähigkeitszusatzversicherung

Ausschluss der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung zum gewünschten Änderungstermin

Ausschluss **nur** der Berufsunfähigkeitszusatz**rente** zum gewünschten Änderungstermin

Einschluss **bzw.** Änderung einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung zum gewünschten Änderungstermin (Nicht Zutreffendes bitte streichen!)

### Berufsgruppen

I++

I+

I

II+

II

III+

III

IV

V

Berufsunfähigkeitsrente

Monatlich \_\_\_\_\_ €

Berufsunfähigkeitsrente

mit 3% garantierter Rentensteigerung

Berufsunfähigkeitsrente

Versicherungsdauer

\_\_\_\_\_ Jahre oder Schlussalter \_\_\_\_\_

Beitragsbefreiung

ohne garantierte Rentensteigerung

Die Überschussverwendung:

Beitragsverrechnung

Beitragsbefreiung ohne Airbag

5% Airbag

10% Airbag

Höhe des durchschnittlichen jährlichen Bruttoeinkommens der letzten 3 Jahre \_\_\_\_\_

Die Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente darf nicht länger sein als die der Beitragsbefreiung und der Hauptversicherung. Sollten Sie eine kürzere Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente wünschen, so geben Sie dies bitte hier an:

Versicherungsdauer \_\_\_\_\_ Jahre oder Schlussalter \_\_\_\_\_ Jahre

Bei Erhöhungen, Einschlüssen und Dauerverlängerungen sind die Fragen an die zu versichernde Person (Gesundheitsfragen) zu beantworten. Die Gesellschaft behält sich vor, die Durchführung der beantragten Vertragsänderung von einwandfreien Gesundheitsverhältnissen der versicherten Person abhängig zu machen. Bitte zusätzlich das Formular „Gesundheitsfragen“ verwenden.

HGF245/1118

## Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

- Beitragsfreistellung  
 befristet für \_\_\_ Monate  
 unbefristet
- Die oben genannte Versicherung soll zum Änderungstermin beitragsfrei gestellt werden. Ein evtl. vorhandener Beitragsrückstand wird dem Vertragsguthaben entnommen. Nur möglich, wenn bedingungsgemäße Voraussetzungen zur Bildung der beitragsfreien Mindestsumme erfüllt sind.
- Beitragsreduktion
- Bisheriger Zahlbeitrag \_\_\_\_\_ €      Neuer Zahlbeitrag \_\_\_\_\_ € ab 0,1 | | | 2,0 | | |  
(Bitte beachten Sie den Mindestbeitrag Ihrer Police.)
- Entnahme von Vertragsguthaben zum Ausgleich von Beitragsrückständen
- Zum Ausgleich von Beitragsrückständen soll dem Vertrag ein Betrag in Höhe der ausstehenden Beiträge entnommen werden. Beträgt die Höhe des zu entnehmenden Beitrags mehr als ein Jahresbeitrag der Hauptversicherung oder mehr als 10.000,- Euro, sind neue Gesundheitsangaben nur bei FLV nötig!

**HINWEIS:** Entnahme von Vertragsguthaben zum Ausgleich von Beitragsrückständen ist nur bei einer fondsgebundenen Lebens- oder Rentenversicherung möglich!

## Wiederinkraftsetzung nach einer Beitragsfreistellung

- Wiederinkraftsetzung
- Der Vertrag soll zum 0,1 | | | 2,0 | | | wieder in Kraft gesetzt werden. Hierbei gilt der Hauptversicherungsbeitrag vor Beitragsfreistellung. Die Versicherungsleistungen werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu errechnet. Eine Wiederinkraftsetzung kann nach Ablauf von 6 Monaten nur mit erneuter Gesundheitsprüfung beantragt werden. Bitte zusätzlich das Formular „Gesundheitsfragen“ verwenden. (Nicht erforderlich bei Rentenversicherungen ohne Todesfallschutz und ohne Berufsunfähigkeitszusatzversicherung.)

## Änderung des Bezugsrechts

- Änderung des Bezugsrechts

Für den Fall, dass Rechte Dritter vorliegen, ist vereinbart, dass das Bezugsrecht in dem Umfang als nachrangig gilt, wie der Drittberechtigte die ihm übertragenen Ansprüche geltend macht. Der Versicherungsnehmer ist weiter berechtigt, über Bezugsrechte für Leistungsbeträge zu verfügen, die vom Gläubiger nicht beansprucht werden

### 1. Erlebensfall (gilt nicht für Risikoversicherungen und Basisrenten)

der Versicherungsnehmer

Abweichend von dieser Standardregelung:

- die versicherte Person

- die nachfolgend namentlich bezeichnete Person:

### 2. Im Todesfall (gilt nicht für Basisrenten)

In der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten:

1. der überlebende Ehegatte, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war
2. die ehelichen und die ihnen gleichgestellten Kinder
3. die Eltern
4. die Erben

- Abweichend von dieser Standardregelung die nachfolgend namentlich bezeichnete Person:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Tariffbeschreibung sowie sich ergebende Beitragsänderungen entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein und den überlassenen Versicherungsbedingungen.

**Widerrufsrecht:**

Die Vertragsänderung gilt auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen sowie der Verbraucherinformationen, die mit dem Versicherungsschein ausgehändigt werden, als abgeschlossen, wenn Sie nicht innerhalb von 30 Tagen nach Überlassen des Versicherungsscheins in Textform widerrufen. Auf dieses Widerrufsrecht werden Sie mit der Zusendung des Versicherungsscheins nochmals gesondert hingewiesen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Sofern Sie von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen, wird die gewünschte Vertragsänderung rückgängig gemacht und Ihr Vertrag zu den bisherigen Konditionen weitergeführt.

Dieser Antrag besteht aus 4 Seiten. Als Antragsteller bestätige ich, dass mir alle Antragsseiten vorgelegt wurden und ich den **Antrag zusammen mit der Schweigepflichtentbindungserklärung vollständig zur Kenntnis genommen habe.** **Wichtig! Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Hinweise auf dieser Seite. Die Schweigepflichtentbindungserklärung ist zwingend auszufüllen und mit diesem Antrag einzureichen.**

Ort, Datum	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <b>X</b> Unterschrift Versicherungsnehmer/-in	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <b>X</b> Unterschrift Berater/-in
	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <b>X</b> Unterschrift der zu versichernden Person	
	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <b>X</b> bei Minderjährigen Unterschrift beider gesetzlicher Vertreter bzw. des Elternteils, der nicht Antragsteller ist	
	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Stempel/Firmenname Zessionar	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <b>X</b> Unterschrift Zessionar

**Hinweise**

**Nebenabreden/Besondere Vereinbarungen**

Erklärungen müssen schriftlich im Antrag niedergelegt werden; sie bedürfen der schriftlichen Bestätigung der Versicherungsgesellschaft.

**Wechsel des Lebensversicherers**

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für die Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

**Rechtswahl**

Sofern gem. EGVVG freie Rechtswahl vorliegt, gilt für diesen Vertrag deutsches Recht.

**Überschussbeteiligung**

Die Überschussbeteiligung wird jährlich neu festgelegt. Sie kann sich jährlich ändern und für die Zukunft nicht garantiert werden.

**Service**

Sofern Sie einmal Reklamationen haben, stehen Ihnen zur Verfügung:

- Ihr Berater
  - der Vorstand der Heidelberger Lebensversicherung AG
  - Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
  - Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. (Postfach 080632, 10006 Berlin).
- Sie können damit das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.