



**PROTECTOR-OPTION**
 Protector-Option:  10%  15%  20%  25%  30%  Ausschluss der Protector-Option

**BANKVERBINDUNG**
 Änderung der Bankverbindung:  Bankverbindung der zusätzlichen Zahlung  
 Zahlung erfolgt vom bekannten Beitragskonto  
 Zahlung erfolgt von folgendem Konto

Banküberweisung bitte auf folgendes Konto: Kto.-Nr.: 0213 222 007, BLZ: 502 10 900 bei Citigroup Frankfurt/Main

**Hinweis (Änderung Bankverbindung und zusätzliche Zahlung): Es muss immer eine aktuelle Ausweiskopie (Personalausweis oder Reisepass) sowohl des Versicherungsnehmers als auch des Beitragszahlers/Auftraggebers der Überweisung der zusätzlichen Zahlung (sofern nicht Versicherungsnehmer) beigelegt werden. Die Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz muss Ihr Berater bestätigen:**

Kto.-Nr.:	BLZ:	Kreditinstitut/Ort:
Kontoinhaber Name/Vorname (falls nicht Versicherungsnehmer):		
Geburtsort:		
<input type="checkbox"/> Personalausweis		
<input type="checkbox"/> Reisepass	Ausweisnummer:	Ausstellungsdatum:
	Behörde:	Unterschrift Kontoinhaber:

**DYNAMIK**
 Änderung der Dynamikoption:  5%  6%  7%  8%  9%  10%  Ausschluss der Dynamikoption

**BEITRAGSFREISTELLUNG**
 Beitragsfreistellung zum \_\_\_\_\_ bis einschließlich zum \_\_\_\_\_ (Bitte beachten Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Police).  
 Wiederaufnahme der Beitragszahlung ab dem: \_\_\_\_\_

**BEITRAGSZAHLUNGSWEISE**
 Änderung der Beitragszahlungsweise:  Monatlich  Vierteljährlich  Halbjährlich  Jährlich

**BEITRAGSREDUZIERUNG / BEITRAGSERHÖHUNG**
 Beitragsreduzierung: Der neue Jahresbeitrag soll \_\_\_\_\_ Euro betragen.  
 Beitragserhöhung (nur zum Jahrestag der Versicherung möglich und die Erhöhung muss mindestens 10% des vorherigen Beitrages betragen):  
 Der neue Jahresbeitrag soll \_\_\_\_\_ Euro betragen.

**ADRESSÄNDERUNG**
 Adressänderung des Versicherungsnehmers:

 Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**BEZUGSBERECHTIGTE IM TODESFALL**
 Änderung des Bezugsberechtigten im Todesfall:  
 Nur Liberty Rente: Eltern der versicherten Person, oder, falls die versicherte Person verheiratet ist, der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte.  
 Ehegatte, der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebte.  
 Name / Vorname / Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**UNTERSCHRIFTEN**
 Ich, der Versicherungsnehmer, bestätige, dass der Antrag auf zusätzliche Zahlung auf meinen eigenen Wunsch zustande gekommen ist.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der in diesem „Änderungsantrag“ gemachten Angaben.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherungsnehmer(in) \_\_\_\_\_

**Berater (nur bei zusätzlicher Zahlung):**

Die obigen Angaben nach dem Geldwäschegesetz habe ich persönlich aufgenommen und werden von mir als zutreffend bestätigt. Andere oder weitere Angaben oder Vereinbarungen als die oben aufgeführten wurden nicht gemacht.

 Name des Beraters: \_\_\_\_\_  
 Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Berater(in) \_\_\_\_\_