

## Kundenservice Lebensversicherung

Versicherungsnehmer(in):	Polizzenummer:
--------------------------	----------------

### Änderung der Adresse

Postleitzahl, Ort, Straße, Nr.

### Namensänderung      Versicherungsnehmer(in)      Versicherte(r)

Neuer Familienname, Vorname, Titel

Eine Kopie der Heiratsurkunde ist beizulegen !

### Wechsel des Versicherungsnehmers

Neuer VN ( Familienname, Vorname, Titel, Adresse, Geburtsdatum, Staatsbürgerschaft)

weiblich       männlich

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

#### Erklärung „US-Person“:

Ist der Versicherungsnehmer „US-Person“ gemäss der untenstehenden Definition oder aus anderen Gründen in den USA steuerpflichtig:

ja       nein

Als „US-Persons“ gelten: a. US-Staatsbürger oder US-Doppelbürger.

b. Ausländer mit Wohnsitz in den USA.

c. Personen mit einer permanenten Aufenthaltsbewilligung (z. B. Greencard).

d. Personen, die sich längere Zeit in den USA aufgehalten haben, d. h.

- im laufenden Kalenderjahr mindestens 31 Tage und

- im laufenden und in den beiden vorausgehenden Kalenderjahren insgesamt mehr als 183 Tage. Es gilt folgende Zählweise: Tage des laufenden Jahres werden voll, Tage des letzten Jahres zu einem Drittel, Tage des vorletzten Jahres zu einem Sechstel gezählt.

Eine „Nicht-US-Person“ kann aus einem anderen Grund in den USA steuerpflichtig sein (z. B. Doppelwohnsitz, gemeinsame Steuererklärung mit einer „US-Person“ [z. B. als Ehepartner], Verzicht auf US-Staatsbürgerschaft oder auf Aufenthaltsbewilligung nach langfristigem Aufenthalt, andere Gründe).

Die Frage nach der „US-Person“ bzw. nach der US-Steuerpflicht bezieht sich nicht nur auf natürliche, sondern auch auf juristische Personen.

Die Unterschrift des bestehenden und des neuen Versicherungsnehmers ist erforderlich !

Der ausgefüllte Identitätsnachweis des neuen Versicherungsnehmers ist beizulegen !

### Bezugsrechtsänderung

Name, Geburtsdatum, Adresse

- im Erlebensfall: \_\_\_\_\_

- im Ablebensfall: \_\_\_\_\_

Bei Änderung des Bezugsrechtes "Überbringer der Police" ist die Originalpolice beizulegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers  
( unbedingt erforderlich )

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vermittlers

Werbnummer: \_\_\_\_\_





## Kundenservice Lebensversicherung

Versicherungsnehmer(in):	Polizzenummer:
--------------------------	----------------

### Beginnverlegung

Ich ersuche um Aussetzung der Prämienzahlung und Verlängerung des Vertrages.

Der neue Zahlungsbeginn soll der 1. \_\_\_\_\_ sein.

**Voraussetzung** ist, daß die **Prämien mindestens für 1 Jahr bezahlt** wurden. Die Prämienzahlung kann maximal für 1 Jahr (bzw. bei Nachweis des Antritts der Kinder-Karenzzeit für 2 Jahre) ausgesetzt werden.

Die **Originalpolizze** ist beizulegen, ausser bei fondsgebundenen Verträgen!

### Leistungsfall: Tod

### Leistungsfall: Heirat

Bitte eine Kopie der **Sterbeurkunde** bzw. **Heiratsurkunde** und die **Originalpolizze** beilegen!

### Verlusterklärung

Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen, daß die obengenannte Polizze verloren gegangen sein muss. Sie ist von mir einer Drittperson weder verpfändet noch abgetreten noch zur Aufbewahrung übergeben worden. Berechtigte Ansprüche können daher von dritter Seite gegen die Helvetia Versicherungen Österreich AG nicht erhoben werden.

Die Polizze ist ungültig geworden, nachdem die Helvetia Versicherungen Österreich AG

- an deren Stelle eine Ersatzpolizze ausgefertigt hat; die Kosten in Höhe von 15 Euro sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.
- die Versicherungsleistung erbracht hat;
- die technischen Rücklagen angerechnet hat an die Polizze Nr. \_\_\_\_\_ .

Identifikation wird vorgenommen mit:

- Führerschein                       Personalausweis                       Reisepass

Nummer: \_\_\_\_\_

Ausstellungsbehörde: \_\_\_\_\_

Datum der Ausstellung: \_\_\_\_\_

Die **Identifikation** ist von einem **Helvetia-Mitarbeiter** unbedingt zu bestätigen !

Bei Überbringerbezugsrecht ist eine gerichtliche Kraftloserklärung erforderlich!

Die Kosten dafür sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers  
( unbedingt erforderlich )

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vermittlers

Werbnummer: \_\_\_\_\_