

Änderungsantrag

Bitte übermitteln Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an das genannte Postfach.

Alternativ als Anhang einer E-Mail an: fpbservicecenter@aviva.com

Aviva
Postfach 18 36

53708 Siegburg

Friends Plan Nummer:

Versicherungsnehmer:

- Beitragserhöhung**
Beitragserhöhung auf EUR _____ zum nächstmöglichen Termin (nicht rückwirkend).
- Beitragsreduktion**
Beitragsreduktion auf EUR _____ zum nächstmöglichen Termin (nicht rückwirkend).
- Ausgleich durch Beitragsanpassung**
Abbuchung des gesamten Beitragsrückstandes zum nächstmöglichen Termin.
- Beitragspause zum Rückstandsausgleich**
Abbuchung der Folgeprämien zum nächstmöglichen Termin ohne Nachzahlung des Beitragsrückstandes. Voraussetzung: Seit Vertragsbeginn wurden mindestens 6 Monatsbeiträge entrichtet.
- Aussetzen der Beitragszahlung**
Beitragspause für _____ Monate (max.12). Voraussetzung: Seit Vertragsbeginn wurden mindestens 6 Monatsbeiträge entrichtet (wenn Fondswert > EUR 3.000 unbefristet möglich).

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) Aviva, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Aviva auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

IBAN: SWIFT/BIC:

Name des Zahlungsempfängers: **Aviva Life & Pensions UK Limited** Gläubiger-Identifikationsnummer: **GB92ZZZSDDMIDL62344840025051231081**

Wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer:

Straße/Hausnr.:

PLZ / Wohnort:

Geburtsort:

Ausweisnr.:

Reisepass Personalausweis

Ausstellungsdatum: Behörde:

Die Beitragszahlungen stammen aus: Erbschaft Ersparnis Beruflichem Einkommen
 Sonstiges bitte auf separatem Blatt erläutern.

Sofern ich als Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer bin, willige ich ein, dass alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Lastschriftmandat an den Versicherungsnehmer gesendet werden.

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Sofern ich als Versicherungsnehmer nicht Kontoinhaber bin, werde ich alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Lastschriftmandat an den Kontoinhaber weiterleiten.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers Gegebenenfalls Unterschrift des Beraters