

Änderungsmitteilung

Stand Mai 2020



Antwort

Canada Life Assurance Europe plc

Postfach 1763

63237 Neu-Isenburg

kundenservice@canadalife.de

IHRE DATEN

VERSICHERUNGSNEHMER*

Anrede

☐ Frau ☐ Herr ☒ Firma

Name/Firmenname	Carsten Repenning Dachdeckerei GmbH
Vorname(n)	
Straße, Haus-Nr.	Mißmaßener Weg 10
PLZ, Ort	2 4 6 0 1 Stolpe
Geburtsdatum	
E-Mail (freiwillige Angabe)	
Telefon (freiwillige Angabe)	
Versicherungsschein-Nr.	

Hinweis: Die Versicherungsschein-Nr. muss aus 8 Zeichen bestehen.

Falls eine Beratung zu den Auswirkungen einer beabsichtigten Änderung zum Vertrag noch nicht erfolgt, aber gewünscht oder nötig ist, bitten wir Sie, sich an Ihren Berater oder an uns zu wenden. Bitte beachten Sie zu möglichen Auswirkungen einer Änderung auch die für Ihren Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen.

* In diesem Dokument wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

☐ ADRESSE ÄNDERN

Die neue Adresse lautet:

Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

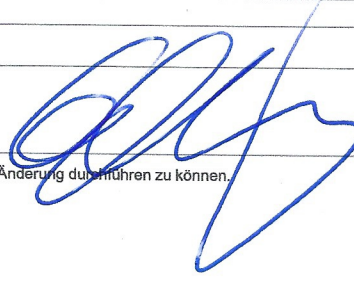
Gültig:

☐ ab sofort bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt

☒ ab

Hinweis: Die Änderung der Adresse gilt für alle bei Canada Life bestehenden Verträge.

UNTERSCHRIFT

Ort	Stolpe
Datum	2 8 0 2 2 0 2 3
Unterschrift Versicherungsnehmer/einer vertretungsberechtigten Person (z.B. Vermittler)*	 X

* Für alle Änderungen (außer Adressänderungen) benötigen wir eine Vertretungsvollmacht, um die Änderung durchführen zu können.

☒ **ÄNDERUNG DES BEITRAGS BZW. DER LEISTUNG**

☒ Ich habe eine Altersvorsorge von Canada Life.

Ich wünsche eine Änderung meines Beitrags gemäß der bisher vereinbarten Zahlungsweise auf € 292,00

Diese Änderungen sollen gelten:

☐ zum nächstmöglichen Termin.

☒ ab 0 1 0 1 2 0 2 3

Ich wünsche diese Änderung:

☐ bis

☐ bis auf weiteres.

Für welche Verträge der Canada Life gilt die Änderung?

☒ folgende Verträge:

6438816A und 6438820M

Hinweis: Bitte weitere Versicherungsschein-Nr. angeben. Die Versicherungsschein-Nr. muss aus 8 Zeichen bestehen.

☐ Ich habe eine Versicherung/Zusatzversicherung zur Absicherung eines Risikos von Canada Life.

Ich wünsche eine Änderung der versicherten Leistung wie folgt:

☐ Gewünschte Versicherungssumme für Schwere Krankheiten ändern auf €

☐ Gewünschte Versicherungssumme bei Todesfall ändern auf €

☐ Gewünschte versicherte Rente pro Monat (z.B. bei Verlust von Grundfähigkeiten oder bei Berufsunfähigkeit) ändern auf €

Diese Änderungen sollen gelten:

☐ zum nächstmöglichen Termin.

☐ ab

Für welche Verträge der Canada Life gilt die Änderung?

☐ folgende Verträge:

6438816A und 6438820M

Hinweis: Bitte weitere Versicherungsschein-Nr. angeben. Die Versicherungsschein-Nr. muss aus 8 Zeichen bestehen.



HINWEIS:

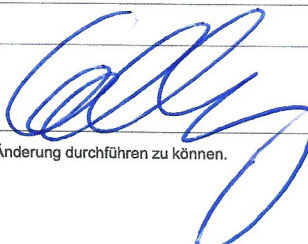
Bitte beachten Sie die Mindest- und Höchstbeträge Ihrer Altersvorsorge. Diese finden Sie in den Versicherungsbedingungen bzw. eine Auskunft dazu kann Ihnen auch gerne unser Kundenservice in der Zeit von 9:00 bis 18:00 Uhr unter der Rufnummer 06102-306-1800 geben.

UNTERSCHRIFT

Ort Stolpe

Datum 2 8 0 2 2 0 2 3

Unterschrift Versicherungs-
nehmer/einer vertretungs-
berechtigten Person
(z.B. Vermittler)*

 X

* Für alle Änderungen (außer Adressänderungen) benötigen wir eine Vertretungsvollmacht, um die Änderung durchführen zu können.