An die
APK Versicherung AG
Thomas-Klestil-Platz 13
1030 Wien

Fax: +43 (0) 50 275 3709
Mail: versicherung@apk.at

Änderungsantrag zur bestehenden Polizze Nr. ..... Pensionsfondsplan

Versicherungsnehmer: ..... SV-Nr.: ……..

Bitte kreuzen Sie Ihren Änderungswunsch an:

❍ Änderung der Daten des Versicherungsnehmers

Familienname: _____ Vorname: _____

Anrede/Titel: _____ Straße/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

e-mail: _____ Tel.: _____

❍ Änderung des Versicherten bzw. ❍ Begünstigten im Erlebensfall:

Familienname: _____ Vorname: _____

Anrede/Titel: _____ SV-Nr.: __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Geburtsort: _____

Nationalität (ISO – Code): _____Beruf.: _____ Bundesland: _____

Straße/Nr.: _____

Ort: _____ PLZ: _____

e-mail: _____ Tel.: _____

❍ Änderung des/r Begünstigten im Ablebensfall [Hinterbliebenen]:

1. Familienname: _____ Vorname: _____

Anrede/Titel: _____ SV-Nr.: __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Geburtsort: _____

Nationalität (ISO – Code): _____ Bundesland: _____ Aufteilung in %: _____

Straße/Nr.: _____

Ort: _____ PLZ: _____

2. Familienname: _____ Vorname: _____

Anrede/Titel: _____ SV-Nr.: __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Geburtsort: _____

Nationalität (ISO – Code): _____ Bundesland: _____ Aufteilung in %: _____

Straße/Nr.: _____

Ort: _____ PLZ: _____

gültig ab .....

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift