

# Änderungsantrag

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

Alternativ per Fax an 02203 89021 10  
oder als Anhang einer E-Mail an:  
fbpservicecenter@aviva.com

Aviva  
Postfach 920 126  
  
51151 Köln

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 Beitragsrück-  
standes zum nächstmöglichen Termin.
- Beitragspause zum Rückstandsausgleich**  
Abbuchung der Folgeprämien zum nächstmöglichen Termin ohne  
Nachzahlung des Beitragsrückstandes. Voraussetzung: Seit Vertrags-  
beginn wurden mindestens 6 Monatsbeiträge entrichtet.
- Aussetzen der Beitragszahlung**  
Beitragspause für \_\_\_\_\_ Monate (max.12). Voraussetzung: Seit Ver-  
tragsbeginn 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 Zahlungs-  
empfängers: **Aviva Life & Pensions  
UK Limited** Gläubiger-  
Identifikationsnummer: **GB92ZZZSDDMIDL62344840025051231081**

## Wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer:

Straße/Hausnr.:   
PLZ / Wohnort:    
Geburtsort:   
Ausweisnr.:   
 Reisepass  Personalausweis  
Ausstellungsdatum:  Behörde:   
TMM, JJJ  
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