

# Antrag auf Änderung der Lebensversicherung/Rentenversicherung



CLERICAL MEDICAL

Bitte senden Sie das ausgefüllte und von allen Versicherungsnehmern unterschriebene Formular an:

Clerical Medical Customer Services  
37 Bd Joseph II  
1840 Luxembourg

oder per Fax an +352 27 94 16 13  
oder per Email an kundenservice@clericalmedicaladmin.eu

Bei Versicherungsverträgen, für die eine Abtretung/Verpfändung vorliegt, ist das Formular auch vom Gläubiger zu unterzeichnen. Falls Sie weitere Informationen benötigen, finden Sie diese in den Versicherungsbedingungen / Polizzenbedingungen. Sie können sich auch an Ihren Vermittler wenden.

Die Änderung(en) soll(en) gelten ab (TTMMJJJJ)

Vertragsnummer / Polizzenummer (bitte angeben)

## Gewünschte Vertragsänderung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Wechsel des Versicherungsnehmers
- Eigentumsübertragung für den Fall des Ablebens des Versicherungsnehmers (vor dem Ableben der versicherten Person)
- Änderung des Bezugsrechts im Erlebensfall und/oder im Todesfall der versicherten Person(en) (bitte mit Punkt D fortfahren)

## A. Aktueller Versicherungsnehmer

Nachname, Vorname(n)

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

## B. Neuer Versicherungsnehmer / Benannter Versicherungsnehmer (Bei Ableben des aktuellen Versicherungsnehmers)

Nachname, Vorname(n)\*

Geburtsdatum (TTDDJJJJ):

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Personalausweis- oder Reisepassnummer

Beziehung zum aktuellen Versicherungsnehmer

Grund für die Änderung

\* Bei juristischen Personen legen Sie bitte das Zusatzformular Geldwäschegesetz (NGF399) bei.

Scottish Widows Europe S.A. (SWE) nutzt elektronische Kommunikationsmittel, um mit Partnern und Behörden zu kommunizieren. Wir möchten mit Ihnen auf elektronischem Wege kommunizieren, um zeitnahe Aktualisierungen und effiziente Dienstleistungen zu ermöglichen. Wir werden alle notwendigen rechtlichen Vorkehrungen treffen, um Ihre Privatsphäre zu schützen, jedoch kann die elektronische Kommunikation gewisse Risiken bergen, die Sie als Versicherungsnehmer anerkennen und akzeptieren.

Wenn Sie damit einverstanden sind, dass wir mit Ihnen auf elektronischem Wege kommunizieren, teilen Sie uns bitte unten Ihre E-Mail-Adresse mit:

Email Adresse:

Tel:

## C. Bankverbindung neuer Versicherungsnehmer

Bitte reichen Sie uns separat ein SEPA-Mandatsformular (NGF700) ein.

## D. Bezugsrecht

■ Im **Erlebensfall** zu Rentenbeginn ist der **Versicherungsnehmer** bezugsberechtigt; ist der Versicherungsnehmer auch Hauptrentenversicherter und werden Rentenzahlungen geleistet, ist der **Hauptrentenversicherte** bezugsberechtigt.

Abweichend von dieser Standardregelung soll bezugsberechtigt sein:

die nachfolgend namentlich bezeichnete Person

■ Im **Todesfall** der versicherten Person vor Rentenbeginn: in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten:

1. der überlebende Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war\*
2. die Kinder des Versicherten
3. die Eltern des Versicherten
4. die Erben des Versicherten

Abweichend von dieser Standardregelung soll bezugsberechtigt sein:

der Versicherungsnehmer, sofern er nicht versicherte Person ist die nachfolgend namentlich bezeichnete Person

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname(n)

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Beziehung zum Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname(n)

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Beziehung zum Versicherungsnehmer

\* Darunter sind auch eingetragene Partner nach dem LPartG zu verstehen.

## E. Wichtige Hinweise

Wir weisen darauf hin, dass die Übertragung bzw. Übernahme des Vertrags steuerliche Auswirkungen haben kann. Wir empfehlen daher, vor der Wahrnehmung der möglichen Optionen einen steuerlichen Berater hinsichtlich der steuerlichen Folgen zu kontaktieren.

- Für den Fall, dass für diesen Vertrag ein Bezugsberechtigter unwiderruflich benannt wurde, sind gegebenenfalls weitere Informationen bzw. Genehmigungen (schriftliches Einverständnis) erforderlich.
- Falls der benannte Versicherungsnehmer minderjährig ist, sind die Annahmerichtlinien für Minderjährige zu beachten.

## F. Unterschriften

Der Versicherungsnehmer (Antragsteller) ist alleine für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers müssen schriftlich erfolgen. Absprachen und Erklärungen sind für den Versicherer nur verbindlich, wenn sie schriftlich ausgefertigt und vom Versicherer gezeichnet sind.

Ich bestätige den Erhalt einer Kopie des Formulars. Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen.

### Erklärung des aktuellen Versicherungsnehmers

Versicherungsnehmerwechsel: Ich stimme hiermit der Übertragung aller Rechte und Verpflichtungen aus dem Vertrag ab dem zuvor genannten Datum auf den bezeichneten neuen Versicherungsnehmer zu.

Eigentumsübertragung für den Fall des Ablebens des Versicherungsnehmers: Im Fall meines Ablebens vor dem Ableben der versicherten Person übertrage ich alle Rechte und Verpflichtungen als Versicherungsnehmer auf den benannten Versicherungsnehmer. Ich kann zu Lebzeiten die Rechte aus dem genannten Vertrag nach Wunsch auf eine andere Person übertragen, ohne dass dies die Zustimmung des oben angegebenen benannten Versicherungsnehmers erfordert.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des **aktuellen Versicherungsnehmers**

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

### Erklärung des neuen/benannten Versicherungsnehmers

Versicherungsnehmerwechsel: Ich stimme gemäß der obigen Erklärung zu, alle Rechte und Verpflichtungen aus dem Vertrag ab dem zuvor genannten Datum zu übernehmen.

Eigentumsübertragung für den Fall des Ablebens des Versicherungsnehmers: Ich stimme gemäß der obigen Erklärung zu, alle Rechte und Verpflichtungen aus dem Vertrag für den Fall zu übernehmen, dass der aktuelle Versicherungsnehmer vor der versicherten Person verstirbt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des **neuen/benannten Versicherungsnehmers**

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

### Erklärung des Abtretungsgläubigers/Pfandgläubigers\*\*(falls zutreffend)

Als Abtretungsgläubiger/Pfandgläubiger\*\* stimme ich/stimmen wir\*\* dem oben angeführten Versicherungsnehmerwechsel/der oben angeführten Eigentumsübertragung im Fall des Ablebens des aktuellen Versicherungsnehmers\*\* zu. Diese Änderung hat keine Auswirkungen auf die für diesen Vertrag geltende Abtretung/Verpfändung\*\*. Die Abtretung/Verpfändung\*\* bleibt, wie mit dem aktuellen oder damaligen Versicherungsnehmer vereinbart, bestehen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des **Gläubigers** (wenn vorhanden)

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

\*\* unzutreffendes bitte streichen

### Herausgegeben von:

Clerical Medical ist ein Handelsname von Scottish Widows Europe. Das Unternehmen wurde als "Société Anonyme" nach dem Recht des Großherzogtums Luxemburg gegründet. Es hat seinen Sitz in 2, rue Albert Borschette, L-1246 Luxemburg und ist unter der Nummer B228618 im luxemburgischen Handelsregister eingetragen. Das Unternehmen ist eine Versicherungsgesellschaft, die vom Commissariat aux Assurances zur Erbringung von Versicherungstätigkeiten zugelassen ist. Scottish Widows Limited ist der Markeninhaber der eingetragenen Marke "Clerical Medical", und Scottish Widows Europe sind Nutzungsrechte an dieser Marke eingeräumt worden.

Clerical Medical Customer Services  
37 Bd Joseph II  
1840 Luxembourg

Tel.: +49 40 82 21 69 752  
Fax: +352 27 94 16 13

Email: kundenservice@clericalmedicaladmin.eu

www.clericalmedical.de  
www.clericalmedical.at