

Auszahlungs-/Änderungsformular

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

LV Bestandsservice GmbH, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg
 oder per **Fax +49 (0)6221 872-2701**

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise:

- Dieses Auszahlungsformular kann nicht für Wealthbuilder Essential und den Wealthmaster Balance verwendet werden.
- Die vollständigen Details für Auszahlungen sind den Versicherungsbedingungen zu entnehmen. Bitte beachten Sie die Hinweise hinsichtlich Auszahlungen in der Modellrechnung und den Versicherungsbedingungen.
- Auszahlungen werden nicht garantiert und erfolgen nur unter der Voraussetzung, dass dem Vertrag zum entsprechenden Zeitpunkt eine ausreichende Anzahl von Anteilen in den Fonds/Poolen zugeteilt ist.
- Regelmäßige Auszahlungen können jederzeit eingerichtet oder beendet werden, wenn dies mindestens drei Monate im Voraus angekündigt wird.
- Falls Auszahlungen durch Einlösung von Anteilen an einem Pool mit garantiertem Wertzuwachs vorgenommen werden, kann ein Fälligkeitsbonus, ein Rückgabebonus oder eine Marktpreis Anpassung zum Tragen kommen. Die vollständigen Details hierzu entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.
- Der Versicherungsnehmer wird darüber informiert, wenn eine Auszahlung verschoben bzw. gestundet werden muss.
- Auszahlungen können ausschließlich gegenüber einem Versicherungsnehmer oder, im Fall mehrerer gemeinsamer Versicherungsnehmer, gegenüber einem der Versicherungsnehmer vorgenommen werden.
- Auszahlungen können Auswirkungen auf die steuerliche Struktur des Vertrags haben. Um die Auswirkungen hinsichtlich der Besteuerung einer beliebigen Auszahlung zu erfahren, wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.
- Auszahlungen können Auswirkungen auf die Höhe der individuellen Todesfalleistung nach sich ziehen.

Falls Sie weitere Informationen benötigen, finden Sie diese in den Versicherungsbedingungen. Sie können sich auch an Ihren Vermittler wenden.

A. Versicherungsnehmer

Nachname, Vorname(n) _____

Straße, Hausnummer _____

Vertragsnummer _____

PLZ, Ort _____

B. Auszahlungsgründe

Gründe für die Kündigung:

- Ich benötige das Geld für private Zwecke.
- Ich bin unzufrieden mit der Entwicklung des Vertrages.
- Ich möchte das Geld in einen anderen Vertrag investieren.
- Sonstiger Grund:

C. Einmalige Auszahlung

Datum	Betrag (Angabe der Währung)
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>
7. <input type="text"/>	<input type="text"/>
8. <input type="text"/>	<input type="text"/>
9. <input type="text"/>	<input type="text"/>
10. <input type="text"/>	<input type="text"/>

Sollten weitere einmalige Auszahlungen gewünscht sein, sind diese auf einem gesonderten Blatt aufzuführen.

D. Regelmäßige Auszahlungen

Zahlweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Datum der ersten Auszahlung

Hinweis: Der Betrag wird Ihrer Bank meist wenige Tage nach diesem Datum gutgeschrieben.

Datum der letzten Auszahlung

Auszahlungshöhe (Angabe der Währung)

Erhöhung der Auszahlungen: % (0–10 %, nur ganze Zahlen)

Fonds/Pool(s), aus dem/denen Anteile für die Auszahlung eingelöst werden:

Hinweis: Sollten Sie im Textfeld oben keine(n) Fonds/Pool(s) angegeben haben, erfolgt die Auszahlung im proportionalen Verhältnis aus allen mit dem Vertrag verbundenen Fonds/Pool(s).

E. Zahlungsanweisung

Kontoangaben

Geldinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Hinweis: Bei Auszahlungen über € 250.000,00, in einer Fremdwährung oder auf ein außerhalb des SEPA-Zahlungsraums befindliches Konto können Gebühren anfallen.

Kontoinhaber* (wenn abweichend vom Versicherungsnehmer)

Nachname, Vorname(n) _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

Pass-/Ausweisnummer _____

PLZ, Ort _____

Beziehung zum Versicherungsnehmer _____

Grund für fremde Veranlassung _____

***Wichtig: Bei abweichendem Beitragszahler fügen Sie bitte eine Ausweiskopie des Kontoinhabers bei.**

Handelt es sich um eine Firma, fügen Sie bitte das Zusatzformular Geldwäsche (NGF399) bei.

F. Unterschriften

Dieser Antrag besteht aus 3 Seiten. Als Antragsteller bestätige ich, dass mir alle Antragsseiten vorgelegt wurden und ich den Antrag vollständig zur Kenntnis genommen habe.

X _____

Unterschrift Versicherungsnehmer

_____ Datum

X _____

Unterschrift 2. Versicherungsnehmer (wenn vorhanden)

_____ Datum

X _____

Unterschrift Gläubiger (wenn vorhanden)

_____ Datum

Herausgegeben von:

Scottish Widows Europe S.A., ist eine Société anonyme nach luxemburgischem Recht. Der Sitz der Gesellschaft ist Europe Building, 1, Avenue du Bois, Limpertsberg, L-1251 Luxemburg, Eingetragen im Handels- und Firmenregister Luxemburg unter der Nummer B228618. Die Gesellschaft ist ein zugelassenes Versicherungsunternehmen unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances.

Clerical Medical ist ein Handelsname von Scottish Widows Europe S.A. Die Marke ist Eigentum von Scottish Widows Limited und lizenziert an Scottish Widows Europe S.A. LV Bestandsservice GmbH ist der Servicepartner der Scottish Widows Europe S.A.

Servicepartner:

LV Bestandsservice GmbH
 Im Breitspiel 2-4
 69126 Heidelberg
 Tel. (DEU) +49(0)6221 872-2700, Fax +49(0)6221 872-2701
 Tel. (AUT) +49(0)6221 872-2750, Fax +49(0)6221 872-2751
 Die LV Bestandsservice GmbH ist eingetragen im Handelsregister Mannheim unter HRB 740652.

www.clericalmedical.de
 www.clericalmedical.at