

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

## 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/Pool 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 \_\_\_\_\_

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

Vertragsnummer \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

## 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                    \_\_\_\_\_

Pass-/Ausweisnummer                    \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer                    \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift 2. Versicherungsnehmer (wenn vorhanden)

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Gläubiger (wenn vorhanden)

\_\_\_\_\_  
 Datum

### 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