

## Auszahlungs-/Änderungsformular

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

**Clerical Medical Customer Services**  
**37 Boulevard Joseph II**  
**1840 Luxemburg**  
**Luxemburg**

oder per Fax +352 27 94 16 13 oder per E-Mail an [kundenservice@clericalmedicaladmin.eu](mailto: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/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 Marktpreisaneinanderpassung 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 Todesfallleistung nach sich ziehen.

**Sofern Sie beabsichtigen den Vertrag vollständig aufzulösen, nutzen Sie bitte das Formular zur Kündigung Ihres Vertrages, welches auf unserer Internetpräsenz zur Verfügung steht.**

### Nachteile einer Kündigung:

- Die Auszahlung des Rückgabewertes kann steuerliche Auswirkungen haben. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an Ihren Steuer- oder Finanzberater.
- Jede mit dem Vertrag verbundene Lebensversicherung endet.
- Der Anspruch auf etwaige zukünftige Treueboni entfällt. Bei Produkten, die in einen Pool mit garantiertem Wertzuwachs investieren, entfällt auch der Fälligkeitsbonus, welcher erst mit Ende der Vertragslaufzeit entsteht.

Bitte beachten Sie, dass Basisrenten grundsätzlich nicht, und Produkte der betrieblichen Altersvorsorge, wie Direktversicherungen, nur unter bestimmten Voraussetzungen kündbar sind.

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

Für eine Teilkündigung oder Teilauszahlung/en verwenden Sie bitte folgendes Formular:  
„Auszahlungs-/Änderungsformular“

Dieses Formular finden Sie auf unserer Homepage unter: [www.clericalmedical.com/de/service/formulare.asp](http://www.clericalmedical.com/de/service/formulare.asp)

**Vertragsnummer / Polizzenummer (bitte angeben)** \_\_\_\_\_

**A. Aktueller Versicherungsnehmer**
**Versicherungsnehmer 1**
**Versicherungsnehmer 2 (sofern gegeben)**

 \_\_\_\_\_  
 Vollständiger Name

 \_\_\_\_\_  
 Vollständiger Name

 \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit(en)

 \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit(en)

 \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer

 \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer

 \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl, Ort

 \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl, Ort

 \_\_\_\_\_  
 Land

 \_\_\_\_\_  
 Land

 \_\_\_\_\_  
 Staat der steuerlichen Ansässigkeit

 \_\_\_\_\_  
 Staat der steuerlichen Ansässigkeit

 \_\_\_\_\_  
 Steuer-ID/TIN

 \_\_\_\_\_  
 Steuer-ID/TIN

 \_\_\_\_\_  
 Sofern ein weiterer steuerlicher Wohnsitz besteht, Land und zugehörige Steuer-ID/Tin

 \_\_\_\_\_  
 Sofern ein weiterer steuerlicher Wohnsitz besteht, Land und zugehörige Steuer-ID/Tin

**Besteht ein Bezug zu den USA im Hinblick auf FATCA** (Foreign Account Tax Compliance Act) (US-Staatsbürgerschaft, Greencard oder Geburtsland USA) (Bitte Zutreffendes ankreuzen)?

**Versicherungsnehmer 1**
**Versicherungsnehmer 2 (sofern gegeben)**

Ja

Ja

Nein

Nein

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:

---

 E-Mail-Adresse 1

---

 E-Mail-Adresse 2

---

 Tel.1

---

 Tel.2

### Handeln im eigenen Namen und auf eigene Rechnung

Der Versicherungsnehmer erklärt, dass er im eigenen Namen und auf eigene Rechnung handelt.

Ja

Nein (in diesem Fall bitte nachfolgend ausfüllen)

Sofern im Namen und auf Rechnung einer abweichenden natürlichen Person gehandelt wird, Angaben zu der natürlichen Person:

Sofern im Namen und auf Rechnung einer juristischen Person gehandelt wird, Angaben zu der juristischen Person:

---

 Vollständiger Name

---

 Name der juristischen Person

---

 Geburtsdatum und Ort

---

 Registernummer (sofern vorhanden)

---

 Staatsangehörigkeit (en)

---

 Rechtsform

---

 Straße und Hausnummer

---

 Straße und Hausnummer

---

 Postleitzahl und Ort

---

 Postleitzahl und Ort

---

 Land

---

 Land

## B. Auszahlungsgründe

### Gründe für die Auszahlung:

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 (TTMMJJJJ)	Betrag (Angabe der Währung)
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____

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 %, bitte 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/Pools.



**E. Zahlungsanweisung, Wirtschaftlich Berechtigte Person (Einzelperson)**

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

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

**Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt nur aus, falls die Auszahlung, an eine Person erfolgt, die nicht der Versicherungsnehmer ist.** Die Informationen werden benötigt, um den

Zahlungsempfänger nach dem Geldwäschegesetz (GwG) zu identifizieren

**Bei Zahlung an abweichende natürliche Person:**

**Bei Zahlung an eine juristische Person:**

\_\_\_\_\_  
Vollständiger Name des Zahlungsempfängers

\_\_\_\_\_  
Name der juristischen Person

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Ort

\_\_\_\_\_  
Registernummer (sofern vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit (en)

\_\_\_\_\_  
Rechtsform

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
Steuer-ID/TIN

\_\_\_\_\_  
Steuer-ID/TIN

Grund für Abweichung:

\_\_\_\_\_

**F. Weitere benötigte Angaben zur Erfüllung der Antigeldwäscheanforderungen**

Bitte teilen Sie uns **den Beruf und die Branche** mit, in der Sie tätig sind bzw. waren. Wir benötigen diese Angaben für alle Versicherungsnehmer. Die nachfolgende Aufzählung mit exemplarischen Angaben kann Ihnen bei der Angabe helfen.

**Versicherungsnehmer 1**

Beruf \_\_\_\_\_

Branche \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer 2  
(sofern gegeben)**

Beruf \_\_\_\_\_

Branche \_\_\_\_\_

**Berufe:**

- Angestellter/Beamter in leitender Position
- Angestellter/Beamter
- Selbstständig/freiberuflich
- Ruheständler/Pensionär (bitte auch zuletzt ausgeübten Beruf angeben) - Student
- Arbeitslos
- Teilzeitkraft in leitender Position
- Teilzeitkraft/Mini-Job
- Andere (bitte angeben)

**Branchen:**

- Hotel- und Gaststättengewerbe
- Finanz-, Bank- und Versicherungsdienstleistungen
- Beratungsdienste (Rechtsanwälte, Berater, Wirtschaftsprüfer)
- Gesundheitswesen und medizinische Dienstleistungen
- Öffentliche Verwaltung oder Judikative
- Großhandel/Einzelhandel
- Baugewerbe
- Öl und Gasindustrie
- Handel mit Edelmetallen, Edelsteinen, Kunst, Antiquitäten oder anderen hochwertigen Waren - Immobilien
- Technologie und IT
- Energie und Kraft (Kernenergie) & Versorgungsunternehmen

- Telekommunikation
- Land - und Forstwirtschaft
- Bildung
- Metallindustrie
- Transport und Logistik
- Pharmazeutische Industrie
- Automobilindustrie
- Bergbau und natürliche Ressourcen - Sektor Wetten und Glücksspiele
- Verteidigungsindustrie
- Tierhandel
- Bargeldintensive Unternehmen
- Gelddienstleistungsunternehmen
- Auktionshäuser
- Andere, (bitte angeben)

**Ich bestätige, dass:**

- die Vermögenswerte (Geld oder andere Finanzinstrumente), die zur Zahlung der Versicherungsprämie verwendet werden, aus rechtmäßigen Quellen stammen und alle steuerlichen Verpflichtungen in meinem Steuerwohnsitzland (und gegebenenfalls die des tatsächlichen Zahlers) erfüllt sind,
- alle Steuern auf diese Vermögenswerte gemäß den gesetzlichen Vorschriften gezahlt oder einbehalten wurden,
- ich Scottish Widows Europe erlaube, diese Erklärung den Behörden offenzulegen, sofern dies gesetzlich vorgeschrieben ist und
- mir bewusst ist, dass falsche oder irreführende Angaben zu Strafen und dem Verlust von Versicherungsleistungen führen können.

Ja

Nein

**Sind Sie eine PEP (politisch exponierte Person) bzw. haben Sie in den vergangenen 12 Monaten ein wichtiges öffentliches Amt bekleidet?**

Weitere Informationen dazu, wer als politisch exponierte Person einzuordnen ist, finden Sie auf unserer Webseite (Bitte Zutreffendes ankreuzen).

**Versicherungsnehmer 1**

Ja

Nein

**Versicherungsnehmer 2 (sofern gegeben)**

Ja

Nein

**Angaben hinsichtlich der Vermögensherkunft und - sofern anwendbar - hinsichtlich der Mittelherkunft**

Wir sind gemäß Artikel 24 der Verordnung Nummer 20/03 der Aufsichtsbehörde für den Versicherungssektor (CAA) dazu verpflichtet Informationen hinsichtlich der Mittelherkunft als auch der Vermögensherkunft von unseren Kunden einzuholen.

### 1) Vermögensherkunft

Bitte machen Sie Angaben zur Herkunft der Finanzmittel, die für die Zahlungen der Beiträge herangezogen wurden (bitte Zutreffendes ankreuzen).

Einkommen aus beruflicher Tätigkeit

Sonstiges (Bitte angeben, z.B. Ersparnisse, Bonuszahlungen, Erbschaft, Veräußerung von Eigentum, Geschenke, Spenden, Investments, andere Versicherungspolicen, Darlehen, etc.):

---

### 2) Umfang des Nettovermögens

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Nettovermögen, dem Gesamtwert Ihrer Vermögenswerte abzüglich aller Verbindlichkeiten (bitte Zutreffendes ankreuzen).

Bis zu € 50.000

Von € 50.000 bis € 100.000

Von € 100.000 bis € 500.000

Über € 500.000

### 3) Mittelherkunft

**Nur auszufüllen, sofern Zusatzbeiträge, Einmalbeiträge oder höhere Beiträge als ursprünglich beantragt geleistet wurden.**

Bitte machen Sie Angaben zur Herkunft der Finanzmittel, die für die Zahlungen der Beiträge herangezogen wurden (bitte Zutreffendes ankreuzen).

Einkommen aus beruflicher Tätigkeit

Sonstiges (Bitte angeben, z.B. Ersparnisse, Bonuszahlungen, Erbschaft, Veräußerung von Eigentum, Geschenke, Spenden, Investments, andere Versicherungspolicen, Darlehen, etc.):

---

### Zweck der Versicherungspolice

Todesfallabsicherung

Altersvorsorge

Sonstiges (bitte angeben):

---

## G. Benötigte Unterlagen

**Bitte stellen Sie sicher, dass folgende Unterlagen (Checkliste) eingereicht werden:**

**Dieses Formular** ordnungsgemäß ausgefüllt, datiert und von allen Versicherungsnehmern sowie Zahlungsempfängern unterschrieben.

Eine **Bestätigung der Bankverbindung** (nicht älter als 3 Monate) und Identifizierung des Kontoinhabers seitens der Bank des Zahlungsempfängers (Bankidentitätsnachweis) oder die Kopie eines Kontoauszuges. Achten Sie im Falle der Einreichung eines Kontoauszuges darauf, die einzelnen Zahlungsvorgänge unkenntlich zu machen.

Eine gut lesbare Kopie der Vorder- und Rückseite eines gültigen **Personalausweises oder Reisepasses des Versicherungsnehmers**.

Eine gut lesbare Kopie der Vorder- und Rückseite eines gültigen **Personalausweises oder Reisepasses der versicherten Person(en)** (sofern abweichend).

Eine gut lesbare Kopie der Vorder- und Rückseite eines gültigen **Personalausweises oder Reisepasses des Zahlungsempfängers** (sofern abweichend).

Eine Meldebescheinigung (nicht älter als 3 Monate), alternativ eine Gas-, Strom- oder Wasserversorgungsrechnung, auf der Name und Anschrift ersichtlich sind. Sofern die Anschrift in einem Personalausweis der Bundesrepublik Deutschland enthalten ist, wäre dies auch als Adressnachweis ausreichend.

Sofern der Versicherungsnehmer nicht im eigenen Namen und nicht auf eigene Rechnung handelt oder sofern die Auszahlung an eine andere Partei erfolgt, werden zusätzlich folgende Unterlagen benötigt.

Bei abweichender natürlicher Person:

- Eine gut lesbare Kopie der Vorder- und Rückseite eines gültigen Ausweises oder Reisepasses.
- Eine entsprechende Vollmacht.

b) Bei abweichender juristischer Person:

- Ein Handelsregisterauszug (nicht älter als 90 Tage).
- Eine Kopie der aktuellsten Satzung / Gründungsurkunde der Gesellschaft.
- Eine Kopie der aktuellsten Gesellschafterliste (inkl. Stimmrechte) / Anteilsregister (inkl. Stimmrechte), falls die Gesellschafteranteile nicht in der Satzung oder in der Gründungsurkunde der Gesellschaft dokumentiert sind.
- Ein Auszug aus dem Transparenzregister (nicht älter als 90 Tage), falls vorhanden.
- Entsprechende Vollmacht.

Sofern die Auszahlung an eine juristische Person erfolgt, werden zusätzlich zu einer Bestätigung der Bankverbindung der juristischen Person folgende Unterlagen benötigt:

- Einen aktuellen Handelsregisterauszug im Falle einer juristischen Person oder eine gut lesbare Kopie der Vorder- und Rückseite des gültigen Personalausweises oder Reisepasses im Falle einer natürlichen Person.
- Eine auf den Rechtsbeistand ausgestellte Vollmacht

## H. Unterschriften

Dieser Antrag besteht aus 9 Seiten. Als Antragsteller/in bestätige ich, dass mir alle Antragsseiten vorgelegt wurden und ich den Antrag vollständig zur Kenntnis genommen habe und die von mir gemachten Angaben vollständig und zutreffend sind. Bitte beachten Sie, dass nach Erhalt der Informationen und der Unterlagen wir unter Umständen weitere Informationen oder Unterlagen anfragen können.

**Die Unterzeichner bestätigen, (bitte Zutreffendes ankreuzen)**

dass Vertrag nicht abgetreten wurde. Sowohl der Vertrag als auch der Versicherungsschein wurden nicht als Sicherheit verwendet. Der Vertrag und der Versicherungsschein werden auch nach der Abwicklung der Kündigung nicht als Sicherheit gegenüber Dritten verwendet werden.

dass der Abtretungsgläubiger sein Einverständnis mit der beantragten Kündigung sowie der beantragten Auszahlung erklärt hat. (Erklärung im Original beifügen)

Darüber hinaus wird bestätigt, dass der Vertrag und der Versicherungsschein nach der Abwicklung der Kündigung nicht als Sicherheit gegenüber Dritten verwendet werden.



Sofern der Versicherungsschein und/oder die Police als Sicherheit eingesetzt wurde/en, wird die Unterschrift des Abtretungsgläubigers/Pfandgläubigers unterhalb der vorformulierten Erklärung innerhalb dieses Formulars benötigt.

Ich bestätige, dass meine Daten gemäß dem Datenschutzhinweis von Scottish Widows Europe (SWE) verarbeitet und gespeichert werden. Für weitere Informationen lesen Sie bitte den Datenschutzhinweis auf unserer Website: <https://www.scottishwidowseurope.com/de/dataprotection.asp>

Mir ist bekannt, dass sich die Gesellschaft das Recht vorbehält, meinen Antrag nicht zu bearbeiten, und dass die Police in Kraft bleibt, wenn Angaben fehlen, unvollständig sind oder die Gesellschaft aus irgendeinem Grund nicht in der Lage ist, den Kündigungsantrag korrekt zu bearbeiten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer  
(einfache elektronische Signatur EES wird nicht akzeptiert)

\_\_\_\_\_  
Datum (TTMMJJJJ)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Versicherungsnehmer (sofern gegeben)  
(einfache elektronische Signatur „EES“ wird nicht akzeptiert)

\_\_\_\_\_  
Datum (TTMMJJJJ)

Erklärung des Abtretungsgläubigers/Pfandgläubigers **\*\* (falls zutreffend) Als Abtretungsgläubiger/Pfandgläubiger\*\*** stimme ich/stimmen wir\*\* dem oben angeführten Antrag auf Auszahlung bzw. Änderung 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 Gläubiger (sofern gegeben)  
(einfache elektronische Signatur EES wird nicht akzeptiert)

\_\_\_\_\_  
Datum (TTMMJJJJ)

**Hinweis:** Die Versicherungsgesellschaft behält sich das Recht vor, keine Zahlungen an Personen zu leisten, die nicht der Versicherungsnehmer sind.

\*\* unzutreffendes bitte streichen

#### Herausgegeben von:

Clerical Medical ist ein Handelsname der Scottish Widows Europe S.A., welche als "Société Anonyme" nach dem Recht des Großherzogtums Luxemburg gegründet wurde. Die Gesellschaft hat ihren Sitz in der 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 der Scottish Widows Europe S.A. 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](http://www.clericalmedical.de)  
[www.clericalmedical.at](http://www.clericalmedical.at)