

Formular zur Kündigung Ihres Vertrages



Bitte senden Sie das ausgefüllte und von allen Versicherungsnehmern/innen 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**

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

A. Versicherungsnehmer/in

Versicherungsnehmer/in* _____
Vertragsnummer* _____
Straße, Hausnummer* _____
Postleitzahl, Ort* _____
Land _____

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: _____

Tel: _____

B. Kündigungsgründe und Termin

Sofort, d.h. Eingangsdatum der Kündigung Gewünschtes

Datum (TTMMJJJJ)

Sollten Sie keine Angabe machen gilt der Tag des Posteingangs als gewünschter Kündigungstermin.

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. Informationen zur Kündigung

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.

Zusätzlich benötigen wir folgende Unterlagen um die Kündigung abschließend bearbeiten zu können:

Bitte senden Sie den vollständigen Originalversicherungsschein postalisch an die obenstehende Adresse. Bei einem Wealthmaster Feeder Plan benötigen wir beide Versicherungsscheine.

Sollte Ihnen der Originalversicherungsschein oder fehlende Seiten des Versicherungsscheines nicht mehr vorliegen, reichen Sie uns bitte das Formular „Verlusterklärung“ ausgefüllt und von allen Versicherungsnehmern unterschrieben ein.

Dieses Formular finden Sie auf unserer Homepage unter:
www.clericalmedical.com/de/service/formulare.asp

Zur Identifikation gemäß den Geldwäscherichtlinien benötigen wir eine aktuelle lesbare Kopie der Vorder- und Rückseite Ihres gültigen Personalausweises.

Sollte der Vertrag steuerpflichtig sein benötigen wir zusätzlich das ausgefüllte und unterschriebene Formular "Wirtschaftlich Berechtigter & Kapitalertragsteuer".

Dieses Formular finden Sie auf unserer Homepage unter:
www.clericalmedical.com/de/service/formulare.asp

D. 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/in (wenn abweichend von dem/der Versicherungsnehmer/in**)

Nachname, Vorname(n)* _____

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)*

Pass-/Ausweisnummer* _____

Straße, Hausnummer* _____

PLZ, Ort* _____

Beziehung zum/r Versicherungsnehmer/in* _____

Grund für fremde Veranlassung*

* Pflichtfelder

** Wichtig: Bei abweichendem/abweichender Versicherungsnehmer/in fügen Sie bitte eine Ausweiskopie des Kontoinhabers/in bei. Handelt es sich um eine Firma, fügen Sie bitte das Zusatzformular Geldwäsche (NGF399) bei.

E. Unterschriften

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

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Datum (TTMMJJJJ)

Unterschrift 2. Versicherungsnehmer/in (wenn vorhanden)

Datum (TTMMJJJJ)

Unterschrift Gläubiger/in (wenn vorhanden)

Datum (TTMMJJJJ)

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