

Formular zur Kündigung Ihres Vertrages

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

LV Bestandsservice GmbH,
Im Breitspiel 2-4
69126 Heidelberg

oder per Fax +49 (0)6221 872-2701

Für eine Teilkündigung oder Teilzahlung/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 _____

B. Kündigungsgründe und Termin

- Sofort, d.h. Eingangsdatum der Kündigung
- Gewünschtes Datum _____

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:

1. Sie verlieren Ihren Todesfallschutz, sofern Sie einen individuellen Todesfallschutz vereinbart haben.
2. Sie verlieren Ihren Berufsunfähigkeitsschutz, sofern Sie eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit und ggfs. eine Berufsunfähigkeitsrente vereinbart hatten.
3. Sollte Ihr Vertrag steuerfrei sein, profitieren Sie von einer steuerfreien Auszahlung. Dieses Vertragsmodell gibt es seit 2005 nicht mehr. Bei Neuanlage wären grundsätzlich alle Kapitalerträge zu versteuern.
4. Bei einem Vertrag, bei dem die Kapitalanlage in einem Pool mit garantiertem Wertzuwachs erfolgt, wird ggf. eine negative Marktpreisanpassung berücksichtigt.
5. Sollten Sie in Ihrem Vertrag in einen bestimmten Pool mit garantiertem Wertzuwachs / Garantiefonds angelegt haben, verlieren Sie möglicherweise auch Ihre Garantie. Bitte sprechen Sie hier mit Ihrem Versicherungsmakler oder mit unserem Servicepartner.
6. Sofern der Vertrag abgetreten ist, ist zwingend die Zustimmung des Abtretungsgläubigers erforderlich.
7. Sofern der Vertrag einen unwiderruflich Begünstigten enthält, ist zwingend die Zustimmung des unwiderruflich Begünstigten erforderlich.

Bitte beachten Sie, dass eine Kündigung von Basisrenten nicht möglich ist.

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 vom Versicherungsnehmer/in)

Nachname, Vorname(n)* _____

Geburtsdatum* _____

Straße, Hausnummer* _____

Pass-/Ausweisnummer* _____

PLZ, Ort* _____

Beziehung zum/r Versicherungsnehmer/in* _____

Grund für fremde Veranlassung* _____

* Pflichtfelder

** Wichtig: Bei abweichendem Beitragszahler/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 3 Seiten. Als Antragsteller/in bestätige ich, dass mir alle Antragsseiten vorgelegt wurden und ich den Antrag vollständig zur Kenntnis genommen habe.

X

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Datum

X

Unterschrift 2. Versicherungsnehmer/in (wenn vorhanden)

Datum

X

Unterschrift Gläubiger/in (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