

Formular zur Kündigung Ihres Vertrages

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

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

Vertragsnummer / Polizzenummer (bitte angeben) _____

A. Aktueller Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer 1

 Vollständiger Name

 Staatsangehörigkeit(en)

 Straße, Hausnummer

 Postleitzahl, Ort

 Land

 Staat der steuerlichen Ansässigkeit

 Steuer-ID/TIN

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

Versicherungsnehmer 2 (sofern gegeben)

 Vollständiger Name

 Staatsangehörigkeit(en)

 Straße, Hausnummer

 Postleitzahl, Ort

 Land

 Staat der steuerlichen Ansässigkeit

 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

Ja
Nein

Versicherungsnehmer 2 (sofern gegeben)

Ja
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. Kündigungstermin und Gründe

Kündigungstermin:

Sofort, d.h. Eingangsdatum der Kündigung

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. Zahlungsanweisung, Zahlungsempfänger

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

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

Ja

Nein

Ist der abweichende Zahlungsempfänger ein PEP (politisch exponierte Person) bzw. hat der abweichende Zahlungsempfänger 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)

Ja

Nein

Bitte nennen Sie den Grund, weshalb die Zahlung an eine andere Person erfolgen soll:

In welcher Beziehung stehen Versicherungsnehmer und der abweichende Zahlungsempfänger?:

D. 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.
- 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

Zweck der Versicherungspolice

Todesfallabsicherung

Altersvorsorge

Sonstiges (bitte angeben):

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 sowohl 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 Versicherungspolice, 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 Versicherungspolice, Darlehen, etc.):

E. 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 oder des abweichenden 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).

Sofern die Auszahlung, an eine Person erfolgt, die nicht der Versicherungsnehmer ist (abweichender Zahlungsempfänger), werden zusätzlich folgende Unterlagen benötigt.

- a) Bei abweichender natürlicher Person:
 - Eine gut lesbare Kopie der Vorder- und Rückseite eines gültigen Ausweises oder Reisepasses.
- b) Bei abweichender juristischer Person:
 - Ein Handelsregisterauszug (nicht älter als 3 Monate).
 - 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 3 Monate), falls vorhanden.

Eine Meldebescheinigung (nicht älter als 3 Monate), alternativ eine Gas-, Strom- oder Wasserversorgungsrechnung vom Versicherungsnehmer, 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, werden zusätzlich folgende Unterlagen benötigt.

- a) 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 3 Monate).
 - 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 3 Monate), falls vorhanden.
 - Entsprechende Vollmacht.

F. Unterschriften

Dieser Antrag besteht aus 7 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.

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.



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
(wenn vorhanden) (einfache elektronische Signatur EES wird nicht akzeptiert)

Datum (TTMMJJJJ)

Unterschrift Zahlungsempfänger (Sofern abweichend von dem Versicherungsnehmer)
(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 Kündigung zu und verzichten gegenüber SWE auf sämtliche Forderungen.

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
www.clericalmedical.at