

ANTRAG AUF ÜBERTRAGUNG AUF EINEN NEUEN VERSICHERUNGSNEHMER ZUM VERTRAG NR. _____

Bitte verwenden Sie dieses Formular, wenn Sie den Vertrag auf einen neuen Versicherungsnehmer übertragen möchten.

Dieses Symbol zeigt an, dass wir weitere Unterlagen von Ihnen benötigen.

Bitte füllen Sie dieses Formular mit einem Kugelschreiber und in GROSSBUCHSTABEN aus und senden Sie uns bitte das vollständig ausgefüllte Formular an:

Monument Life Insurance dac, Montague House, Adelaide Road, Dublin 2, D02 K039, Ireland

Falls Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte den Monument Kundenservice unter 0611-2908 7969 oder schreiben Sie uns an kundenservice@va.monumentinsurance.com

Datenschutzhinweis

Persönliche Daten, die Sie in diesem Formular angeben, werden von uns gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung, dem irischen Datenschutzgesetz und allen anwendbaren nationalen Datenschutzgesetzen gespeichert und verarbeitet. Wir müssen diese persönlichen Daten sammeln, damit wir Ihre Anfrage bearbeiten und damit unsere gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen erfüllen können. In unserer "Datenschutzerklärung", die auf unserer Webseite www.monumentregroup.com/guarantees-de zu finden ist, erfahren Sie, wie wir mit Ihren persönlichen Daten umgehen, wie lange wir Informationen über Sie aufbewahren, wie Sie mit unserem Datenschutzbeauftragten Kontakt aufnehmen und wie Sie sich an die irische Datenschutzkommission wenden können.

Wenn Sie Monument Life Insurance dac persönliche Informationen über andere Personen zur Verfügung stellen, müssen Sie sicherstellen, dass Sie berechtigt sind, diese zu sammeln und zu verarbeiten. Mit dem Ausfüllen dieses Formulars bestätigen Sie, dass Sie einer solchen Person ein Exemplar unserer "Datenschutzerklärung" und alle weiteren Informationen zur Verfügung gestellt haben, die ihr nach der Europäischen Allgemeinen Datenschutzverordnung gesetzlich zustehen.

Der oben bezeichnete Vertrag soll mit alle Rechten und Pflichten von dem bisherigen Versicherungsnehmer / von den bisherigen Versicherungsnehmern auf den neuen Versicherungsnehmer / die neuen Versicherungsnehmer

- mit sofortiger Wirkung
 zum ____ . ____ . ____

übertragen werden. (Rückwirkende Übertragungen sind nicht möglich.)

Die versicherte(n) Person(en) ändert/ändern sich nicht.

1. PERSÖNLICHE DATEN DES/DER BISHERIGEN VERSICHERUNGSNEHMER(S)

Erster Versicherungsnehmer

Herr Frau Titel _____ Vorname _____

 Nachname _____

 Geburtsdatum _____ Geburtsort und –land _____

 Deutsche Steuer-ID _____ Staatsangehörigkeit _____
 Sind Sie außerhalb Deutschlands steuerlich ansässig? Ja Nein
 Falls ja, in welchem Land/Länder? _____
 Steueridentifikationsnummer/n _____

 Straße und Hausnummer _____

 Postleitzahl und Wohnort _____

 Telefonnummer/Mobilnummer (freiwillige Angabe) _____

 E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe) _____

Zweiter Versicherungsnehmer

Herr Frau Titel _____ Vorname _____

 Name, Vorname _____

 Geburtsdatum _____ Geburtsort und –land _____

 Deutsche Steuer-ID _____ Staatsangehörigkeit _____
 Sind Sie außerhalb Deutschlands steuerlich ansässig? Ja Nein
 Falls ja, in welchem Land/Länder? _____
 Steueridentifikationsnummer/n _____

 Straße und Hausnummer _____

 Postleitzahl und Wohnort _____

 Telefonnummer/Mobilnummer (freiwillige Angabe) _____

 E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe) _____

2. PERSÖNLICHE DATEN DES/DER NEUEN VERSICHERUNGSNEHMER(S)

Erster Versicherungsnehmer

Herr Frau Titel _____ Vorname _____

Nachname _____

_____._____._____ Geburtsdatum _____ Geburtsort und –land _____

_____._____._____ Deutsche Steuer-ID _____ Staatsangehörigkeit _____

Sind Sie außerhalb Deutschlands steuerlich ansässig? Ja Nein

Falls ja, in welchem Land/Länder? _____

Steueridentifikationsnummer/n _____

_____._____._____ Straße und Hausnummer _____

_____._____._____ Postleitzahl und Wohnort _____

_____._____._____ Telefonnummer/Mobilnummer (freiwillige Angabe) _____

_____._____._____ E-Mail Adresse (freiwillige Angabe) _____

_____._____._____ Name(n) des/der gesetzlichen Vertreter(s) (sofern erforderlich) _____

Zweiter Versicherungsnehmer

Herr Frau Titel _____ Vorname _____

Nachname _____

_____._____._____ Geburtsdatum _____ Geburtsort und -land _____

_____._____._____ Deutsche Steuer-ID _____ Staatsangehörigkeit _____

Sind Sie außerhalb Deutschlands steuerlich ansässig? Ja Nein

Falls ja, in welchem Land/Länder? _____

Steueridentifikationsnummer/n _____

_____._____._____ Straße und Hausnummer _____

_____._____._____ Postleitzahl und Wohnort _____

_____._____._____ Telefonnummer/Mobilnummer (freiwillige Angabe) _____

_____._____._____ E-Mail Adresse (freiwillige Angabe) _____

_____._____._____ Name(n) des/der gesetzlichen Vertreter(s) (sofern erforderlich) _____

3. DRITTRECHTE

Hiermit wird beantragt, die Schuldübernahme nach Zugang dieser Erklärung bei Monument Life Insurance dac nach § 415 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu genehmigen und die Vertragsänderung zu bestätigen.

Es wird bestätigt, dass der o.g. Versicherungsvertrag mit keinem Drittrecht (z. B. Abtretung oder Verpfändung) belegt ist. Ein unwiderrufliches Bezugsrecht besteht ebenfalls nicht.

Es bestehen Drittrechte, die Monument Life Insurance dac angezeigt wurden. Der Drittberechtigte stimmt der Übertragung per Unterschrift auf diesem Formular zu. Der/Die neue(n) Versicherungsnehmer bestätigt/bestätigen hiermit, dass er/sie den Vertrag mit den bestehenden Drittrechten übernimmt/übernehmen.

Der Originalversicherungsschein und die Versicherungsbedingungen, die diesem Vertrag zugrunde liegen, werden dem/den neuen Versicherungsnehmer(n) ausgehändigt.

4. BANKVERBINDUNG BEI RENTENZAHLUNG (Secure DepotRente)

Falls Rentenzahlung an den Versicherungsnehmer erfolgen soll, geben Sie bitte in diesem Abschnitt die Kontodaten an. Falls Sie einen abweichenden Rentenzahlungsempfänger benennen, füllen Sie bitte Abschnitt 5 aus.

Die Rentenzahlung soll geleistet werden (Bitte ankreuzen)

auf folgendes Konto:

Kontoinhaber (Kontoinhaber muss/müssen der/die Versicherungsnehmer sein)

IBAN

Kreditinstitut

BIC

auf die folgenden Konten zu gleichen Teilen:

Zukünftiger erster Versicherungsnehmer

Kontoinhaber (Erster Versicherungsnehmer muss einer der Kontoinhaber sein)

IBAN

Kreditinstitut

BIC

Zukünftiger zweiter Versicherungsnehmer

Kontoinhaber (Zweiter Versicherungsnehmer muss einer der Kontoinhaber sein)

IBAN

Kreditinstitut

BIC

5. BEZUGSRECHTE IM RENTENBEZUG (Secure DepotRente)

Sie können für die Rentenzahlung einen widerruflich Bezugsberechtigten als Zahlungsempfänger bestimmen. Benannte Bezugsberechtigte müssen natürliche Personen sein. Verstirbt der widerruflich Bezugsberechtigte vor Eintritt des Versicherungsfalls oder ist keine bezugsberechtigte Person bis zum Eintritt des Versicherungsfalls benannt, steht der Anspruch auf die Rentenzahlung dem/den Versicherungsnehmer/n zu, soweit nicht die Versicherungsbedingungen anderes vorsehen oder der/die Versicherungsnehmer wirksam anderes bestimmen.

Bitte geben Sie uns die vollständigen Angaben der widerruflich bezugsberechtigten Person an:

Name, Vorname

Anteil in %

(Bitte beachten Sie, dass Sie mehrere Bezugsberechtigte zu unterschiedlichen Anteilen angeben können. Falls nur eine Person benannt wird, beträgt der Anteil stets 100%.)

Geburtsdatum

Steuer-Identifikationsnummer

Bitte geben Sie die Kontodaten des Bezugsberechtigten an:

Kontoinhaber (Kontoinhaber muss/müssen der/die Versicherungsnehmer sein)

IBAN

Kreditinstitut

BIC

Falls Sie mehrere bezugsberechtigte Personen im Rentenbezug angeben möchten, geben Sie bitte die oben genannten Daten für jede einzelne zusätzliche bezugsberechtigte Person auf einem separaten Blatt an. Dieses beiliegende Blatt muss vom Antragsteller mit Datum versehen und unterzeichnet werden.

6. BEZUGSRECHTE IM TODESFALL

Sie können für die Leistung im Todesfall der versicherten Person einen widerruflich Bezugsberechtigten als Empfänger der Todesfallleistung bestimmen. Bezugsberechtigte müssen natürliche Personen sein. Wenn Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls keinen widerruflich Bezugsberechtigten für die Todesfallleistung bestimmt haben oder wenn der widerruflich Bezugsberechtigte vor der versicherten Person verstirbt, geht der Anspruch auf die gesetzliche Erbfolge über, falls keine weiteren Bezugsberechtigten angegeben wurden.

Bitte geben Sie uns die vollständigen Angaben der widerruflich bezugsberechtigten Person an:

Name, Vorname

Anteil in %

(Bitte beachten Sie, dass Sie mehrere Bezugsberechtigte zu unterschiedlichen Anteilen angeben können. Falls nur eine Person benannt wird, beträgt der Anteil stets 100%.)

_____._____._____
Geburtsdatum

Steuer-Identifikationsnummer

Falls Sie mehrere bezugsberechtigte Personen im Todesfall angeben möchten, geben Sie bitte die oben genannten Daten sowie den jeweiligen Anteil für jede einzelne zusätzliche bezugsberechtigte Person auf einem separaten Blatt an. Dieses beiliegende Blatt muss vom Antragsteller mit Datum versehen und unterzeichnet werden.

7. BEZUGSBERECHTIGUNG IM ERLEBENSFALL (Secure Kapital)

Sie können für die Leistung im Erlebensfall der versicherten Person einen widerruflich Bezugsberechtigten als Empfänger der Erlebensfallleistung bestimmen. Bezugsberechtigte müssen natürliche Personen sein. Ist keine bezugsberechtigte Person für die Leistung im Erlebensfall benannt, steht die Erlebensfallleistung dem Versicherungsnehmer zu.

Bitte geben Sie uns die vollständigen Angaben der widerruflich bezugsberechtigten Person an:

Name, Vorname

Anteil in %

(Bitte beachten Sie, dass Sie mehrere Bezugsberechtigte zu unterschiedlichen Anteilen angeben können. Falls nur eine Person benannt wird, beträgt der Anteil stets 100%.)

_____._____._____
Geburtsdatum

Steuer-Identifikationsnummer

Falls Sie mehrere bezugsberechtigte Personen im Todesfall angeben möchten, geben Sie bitte die oben genannten Daten sowie den jeweiligen Anteil für jede einzelne zusätzliche bezugsberechtigte Person auf einem separaten Blatt an. Dieses beiliegende Blatt muss vom Antragsteller mit Datum versehen und unterzeichnet werden.

Bitte geben Sie die Kontodaten des Bezugsberechtigten an:

Kontoinhaber (Kontoinhaber muss/müssen der/die Versicherungsnehmer sein)

IBAN

Kreditinstitut

BIC

Falls Sie mehrere bezugsberechtigte Personen im Rentenbezug angeben möchten, geben Sie bitte die oben genannten Daten für jede einzelne zusätzliche bezugsberechtigte Person auf einem separaten Blatt an. Dieses beiliegende Blatt muss vom Antragsteller mit Datum versehen und unterzeichnet werden.

8. VERWENDUNG IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Als Lebensversicherungsunternehmen benötigen wir, Monument Life Insurance dac, Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Information über das Bestehen eines Vertragsverhältnisses, an andere Stellen, z.B. Ihren betreuenden Vermittler oder an IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages mit uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens.

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der Monument Life Insurance dac

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützten Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt Monument Life Insurance dac Ihre Einwilligung. Diese Liste kann unter www.monumentregroup.com/guarantees-de eingesehen werden.

Ich willige ein, dass die Monument Life Insurance dac meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Monument Life Insurance dac dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Monument Life Insurance dac und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe der nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Hat ein Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, kann er kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Ich willige ein, dass die Monument Life Insurance dac meine nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Monument Life Insurance dac tätigen Personen im Hinblick auf die Weitergabe der nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Vermittlers vor Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Monument Life Insurance dac meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen Versicherungsvermittler übermittelt und dass diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen. Ich entbinde die Mitarbeiter der Monument Life Insurance dac insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ergänzungen

1. Auskunftsanspruch

Sie können schriftlich, telefonisch oder E-Mail Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten Daten verlangen. Ihnen wird entsprechend Ihrer Anfrage Auskunft darüber erteilt, welche personenbezogenen Daten welcher Herkunft zu welchen Zwecken bei uns gespeichert sind.

2. Ansprüche auf Berichtigung, Löschung und Sperrung

a) Sie können schriftlich, telefonisch oder E-Mail Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten Daten verlangen. Ihnen wird entsprechend Ihrer Anfrage Auskunft darüber erteilt, welche personenbezogenen Daten welcher Herkunft zu welchen Zwecken bei uns gespeichert sind.

b) Sie können eine Löschung der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen, wenn die Erhebung oder Verarbeitung von Anfang an unzulässig war, die Verarbeitung oder Nutzung sich auf Grund nachträglich eingetretener Umstände als unzulässig erweist oder die Kenntnis der Daten für uns zur Erfüllung des Zwecks der Verarbeitung oder Nutzung nicht mehr erforderlich ist.

c) Anstelle einer Löschung tritt eine Sperrung in Kraft, wenn der Löschung gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen oder aus sonstigen Gründen eine Löschung nicht möglich ist.

Ort, Datum

X

Unterschrift des zukünftigen ersten Versicherungsnehmers und/oder und/oder des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

X

Unterschrift des zukünftigen zweiten Versicherungsnehmers und/oder des gesetzlichen Vertreters

9. IRISCHE NICHTANSÄSSIGKEITSERKLÄRUNG

Wohnsitz

Eine Person hat ihren Wohnsitz in der Republik Irland,

- wenn sie sich 183 Tage oder mehr innerhalb eines Steuerjahres in der Republik Irland aufhält **oder**
- wenn sie sich insgesamt 280 Tage im betreffenden und im vorangegangenen Steuerjahr in der Republik Irland aufgehalten hat.

Der Aufenthalt innerhalb eines Steuerjahres von unter 30 Tagen in der Republik Irland wird im Rahmen der 2-Jahres-Regelung nicht berücksichtigt. Als Aufenthalt an einem Tag in der Republik Irland wird die persönliche Anwesenheit einer Person zu irgendeinem Zeitpunkt an diesem Tag gewertet. Als Steuerjahr gilt der Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember.

Gewöhnlicher Aufenthalt

Ihr Aufenthalt über mehrere Jahre bestimmt Ihren „gewöhnlichen Aufenthalt“ im Unterschied zum „Wohnsitz“. Eine Person, die für drei aufeinander folgende Steuerjahre ihren Wohnsitz in der Republik Irland hatte, verfügt ab Beginn des vierten Steuerjahres über den „gewöhnlichen Aufenthalt“ in der Republik Irland. Eine Person, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Republik Irland hatte, verliert diesen Status mit Ablauf des dritten Steuerjahres, in dem sie dort über keinen Wohnsitz mehr verfügt. Z.B. bleibt der Status des gewöhnlichen Aufenthalts in der Republik Irland einer Person, die im Jahr 2010 in der Republik Irland ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte und anschließend das Land verlässt, bis zum Ende des Steuerjahres 2013 erhalten.

Erklärung

Mit meiner/unseren Unterschrift/en bestätige/n ich/wir, dass ich/wir die Erläuterungen der Begriffe „Wohnsitz“ und „Gewöhnlicher Aufenthalt“ zur Nichtansässigkeitserklärung gelesen habe/n. Ich/wir bin/sind der/die Versicherungsnehmer, auf den/die diese Bestätigung zutrifft. Ich/wir habe/n keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Republik Irland. Ich/wir verpflichte/n mich/uns Monument Life Insurance dac über eine Änderung meines/unseres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts während der Vertragslaufzeit unverzüglich zu benachrichtigen.

Ort, Datum

X

Unterschrift des zukünftigen ersten Versicherungsnehmers und/oder
und/oder des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

X

Unterschrift des zukünftigen zweiten Versicherungsnehmers
und/oder des gesetzlichen Vertreters

10. SCHLUSSERKLÄRUNG

Gerne geben wir Ihnen folgende Hinweise:

- Nach dem Erbschaftssteuergesetz (§33 Abs. 3 ErbStG) sind wir als Versicherungsunternehmen verpflichtet, dem Finanzamt alle Versicherungsnehmerwechsel anzuzeigen. Das Finanzamt prüft, ob eine Schenkung oder ein entgeltliches Rechtsgeschäft (Kauf) vorliegt. Gegebenenfalls fällt bei einer Schenkung Schenkungssteuer an. Bei Schenkungen, insbesondere im familiären Bereich, bestehen Freibeträge. Erst wenn diese überschritten werden, fällt Schenkungssteuer an.
- Verbindliche Auskünfte über die steuerliche Behandlung von Versicherungsverträgen dürfen neben dem Finanzamt nur die im Steuerberatungsgesetz genannten Personen (insbesondere Steuerberater) erteilen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Angaben können wir daher keine Haftung übernehmen. Bitte wenden Sie sich hierzu an die genannten Ansprechpartner.

Ort, Datum

x

Unterschrift des bisherigen ersten Versicherungsnehmers/Firma und/oder des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

x

Unterschrift des bisherigen zweiten Versicherungsnehmers/Firma und/oder des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

x

Unterschrift des zukünftigen ersten Versicherungsnehmers und/oder des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

x

Unterschrift des zukünftigen zweiten Versicherungsnehmers und/oder des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

x

Unterschrift und Stempel des Drittberechtigten (Gläubiger, unwiderruflich Bezugsberechtigte, etc.) (falls vorhanden)

11. ERKLÄRUNG NACH DEM GELDWÄSCHEGESETZ (Vom Versicherungsvermittler auszufüllen)

Diese Erklärung muss für jeden Versicherungsnehmer ausgefüllt werden. (Im Falle mehrerer mitwirkender Personen bitten wir Sie den Identitätsnachweis auf einem separaten unterschriebenen Blatt anzugeben und dem Antrag beizufügen.)

Der/die Versicherungsnehmer handelt/handeln

- auf eigene Veranlassung auf fremde Veranlassung für eine oder mehrere Personen, die am Versicherungsvertrag wirtschaftlich berechtigt sind
(Bitte untenstehende Angaben ausfüllen. Handelt der Antragsteller für mehrere Personen, bitten wir Sie, die Angaben auf einem separaten unterschriebenen Blatt anzugeben und dem Antrag beizufügen.)

Nachname, Vorname (der anderen wirtschaftlich berechtigten Person/en)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Die beteiligte/n Person/en ist/sind eine natürliche Person/natürliche Personen und hat/haben sich ausgewiesen durch:

Zukünftiger erster Versicherungsnehmer

- gültigen Personalausweis gültigen Reisepass

Zukünftiger zweiter Versicherungsnehmer (falls vorhanden)

- gültigen Personalausweis gültigen Reisepass

Name, Vorname

Name, Vorname

Ausweisnummer

Ausweisnummer

Ausstelldatum

gültig bis

Ausstelldatum

gültig bis

Ausstellende Behörde

Ausstellende Behörde

Die obigen Angaben zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz habe ich persönlich durch Einsichtnahme in die Originaldokumente aufgenommen und werden von mir als zutreffend bestätigt. Eine von mir zertifizierte Fotokopie des Personalausweises oder Reisepasses wird dem Antrag hinzugefügt.

Ort, Datum

x

Unterschrift des Versicherungsvermittlers