

KÜNDIGUNG ZUM VERTRAG NR. _____

Bitte verwenden Sie dieses Formular, um Ihren Vertrag zu kündigen. Wir können Kündigungen nur in schriftlicher Form annehmen.

☐ 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 **kundenservice@va.monumentinsurance.com** oder per post an:

Monument Life Insurance dac, Bishop's Square, Redmond's Hill, Dublin 2, D02 TD99, Ireland

Falls Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte den Monument Kundenservice unter 0800 181 8841 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.

1. PERSÖNLICHE DATEN

Wir verwenden die in diesem Abschnitt angegebenen Daten ausschließlich, um Sie über Informationen zu Ihrem Vertrag zu kontaktieren.

Erster Versicherungsnehmer

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) _____	

Wir müssen sicherstellen, dass Ihre bei uns hinterlegte Adresse noch aktuell ist. Wenn die oben genannte Adresse von der bei uns hinterlegten Adresse abweicht, werden wir die oben angegebene Adresse in unseren Daten als neuen Hauptwohnsitz aktualisieren. Wenn Sie dies nicht wünschen, da sich Ihr Hauptwohnsitz nicht geändert hat, kreuzen Sie bitte nachfolgendes Kästchen an: ☐

Zweiter Versicherungsnehmer

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) _____	

Wir müssen sicherstellen, dass Ihre bei uns hinterlegte Adresse noch aktuell ist. Wenn die oben genannte Adresse von der bei uns hinterlegten Adresse abweicht, werden wir die oben angegebene Adresse in unseren Daten als neuen Hauptwohnsitz aktualisieren. Wenn Sie dies nicht wünschen, da sich Ihr Hauptwohnsitz nicht geändert hat, kreuzen Sie bitte nachfolgendes Kästchen an: ☐

2. KÜNDIGUNG

Bitte beachten Sie folgende Hinweise, bevor Sie die nachfolgenden Abschnitte ausfüllen:

- Wir können Kündigungen nur im Original per Post annehmen.
- Bitte beachten Sie, dass wir nicht berechtigt sind, Steuer-, Rechts -oder Finanzberatungen in Bezug auf Ihren Vertrag zu leisten.
- Es ist wichtig, dass Sie die Besteuerung der Erträge aus Ihrem Vertrag kennen. Deshalb empfehlen wir Ihnen, sich vor Kündigung Ihres Vertrages mit Ihrem Steuerberater in Verbindung zu setzen.
- Wenn Rentenzahlungen bereits getätigt wurden und Ihr Fondsguthaben aufgebraucht ist, kann Ihr Vertrag gemäß § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht gekündigt werden (gilt nur für Secure *DepotRente*).

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars bestätigen Sie, dass Sie Ihren Vertrag nach § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen kündigen. Wir zahlen Ihnen den Rückkaufswert, sobald wir alle erforderlichen Dokumente von Ihnen erhalten haben. Sobald der Rückkaufswert gezahlt wurde, endet Ihre Versicherung und es besteht für uns keine weitere Zahlungsverpflichtung im Rahmen dieses Vertrages.

3. BANKVERBINDUNG

Die Auszahlung kann nur auf ein Konto des Versicherungsnehmers gezahlt werden. Bei zwei Versicherungsnehmern müssen beide Kontoinhaber sein. Im Falle von zwei Versicherungsnehmern, die kein gemeinsames Konto besitzen, muss für jeden Versicherungsnehmer jeweils eine separate Bankverbindung angegeben werden. Die Auszahlung wird dann in gleichen Anteilen auf diese Konten ausgezahlt. Ist ein Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer (z.B. bei einem Konto, bei dem der zweite Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer ist), muss für diese Person auch die Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz angegeben werden.

Die Auszahlung 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:

Erster Versicherungsnehmer

Kontoinhaber (Erster Versicherungsnehmer muss einer der Kontoinhaber sein)

IBAN

Kreditinstitut

BIC

Zweiter Versicherungsnehmer

Kontoinhaber (Zweiter Versicherungsnehmer muss einer der Kontoinhaber sein)

IBAN

Kreditinstitut

BIC

4. ERKLÄRUNG NACH DEM GELDWÄSCHEGESETZ

Wir sind nach dem Strafrechtsgesetz 2010 unter Anwendung der dritten Geldwäscherichtlinie in Irland verpflichtet, alle Kontoinhaber, die nicht Versicherungsnehmer sind, zu identifizieren.

Zur Identifizierung jedes Kontoinhabers, der nicht Versicherungsnehmer ist, benötigen wir eine Kopie

- des gültigen Personalausweises **oder**
- des gültigen Reisepasses.

5. IRISCHE NICHTANSÄSSIGKEITSDEFINITION

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.

6. SCHLUSSERLÄRUNG

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir Folgendes:

- Ich/wir bin/sind der/die rechtmäßige Inhaber/in des Versicherungsvertrages und berechtigt, die Hinterbliebenenleistung zu erhalten.
- Ich/wir habe/haben die Erläuterungen zur irischen Nichtansässigkeitsdefinition in Abschnitt 5 gelesen.
- Ich/wir gebe/n diese Erklärung als Versicherungsnehmer ab (Definition gem. Verständnis des irischen Rechts).
- Ich/wir erkläre/n, dass ich/wir keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Irland habe/n.
- Ich/wir erkläre/n, dass ich/wir nicht ansässig in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) für steuerliche Zwecke oder US-Bürger bin/sind und nicht verpflichtet bin/sind eine US-Steuererklärung einzureichen.
- Ich/wir werde/n mit Ihnen zusammenarbeiten und die Unterstützung erbringen, die Sie von Zeit zu Zeit benötigen, um die Einhaltung aller gesetzlichen und regulatorischen Verpflichtungen einschließlich des Foreign Account Tax Compliance Acts (FATCA) und der Common Reporting Standards (CRS) zu gewährleisten.
- 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



Unterschrift des ersten Versicherungsnehmers

Ort, Datum



Unterschrift des zweiten Versicherungsnehmers

Dieses Formular kann von den irischen Finanzbehörden eingesehen werden. Laut irischer Gesetzgebung ist es eine Straftat, eine falsche Erklärung abzugeben. Diese Erklärung darf nur von Versicherungsnehmern, die weder Wohnsitz noch gewöhnlichen Aufenthalt in der Republik Irland haben, unterschrieben werden.

Das Unternehmen Monument Life Insurance Designated Activity Company untersteht der Central Bank of Ireland.
Das Unternehmen Monument Life Insurance Designated Activity Company untersteht in begrenztem Umfang ebenfalls der BaFin.
Eingetragener Geschäftssitz: Two Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irland. Eingetragene Gesellschaft Nr. 325795