

zum Versicherungs-Vertrag LV Neue Versicherungsnummer LV

Versicherte Person: **Verzichtserklärung**

Die Übertragung sämtlicher Rechte und Pflichten als Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt des Ausscheidens wurde bereits vom bisherigen Arbeitgeber erklärt.

Übernahmeerklärung

Hiermit übernehme ich/übernehmen wir als Versicherungsnehmer aus der o.g. Versicherung sämtliche Rechte und Pflichten ab dem Zeitpunkt des Verzichts durch den ehemaligen Versicherungsnehmer.

 Die Versicherung wird im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung als Direktversicherung fortgeführt. Im Übrigen wird auf die beiliegende Zusatzklärung für die Direktversicherung mit steuerlicher Förderung nach § 3 Nr. 63 EStG (bitte unbedingt ausfüllen und unterschreiben) verwiesen.**Angaben des neuen Versicherungsnehmers** Herr Frau FirmaName bzw. Firmenbezeichnung Vorname Kundennummer Straße, Hausnummer PLZ, Ort Land Telefonnummer mit Vorwahl Telefonnummer mit Vorwahl E-Mail-Adresse Staatsangehörigkeit Geburtsdatum Geburtsort **Stets erforderliche Angaben des neuen Versicherungsnehmers** Ich handele für eigene Rechnung Vorname, Name und Adresse Ich handele für Rechnung von **Vertragsänderung wegen Ausscheiden aus dem Kollektiv und Weiterführung als Einzelversicherung**

Der Vertrag wird von mir/uns unter Beibehaltung der jährlichen Zahlungswweise, des aktuellen Jahresbeitrages und dadurch reduzierter Garantierente und mit einer Verlängerung der Beitragszahlungsdauer bis zum Ende der Ausschubzeit weitergeführt.

Alternativ:

 monatlicher vierteljährlicher halbjährlicher Zahlungswweise und einem Beitrag von EUR Beibehaltung der Garantierente und damit erhöhtem Versicherungsbeitrag Verlängerung der Beitragszahlungsdauer auf insgesamt Jahre Beibehaltung der Beitragszahlungsdauer beitragsfrei**Bezugsrechtserklärung**

Das widerrechtliche Bezugsrecht für die Versicherungsleistung bestimme ich/ wir bestimmen wir wie folgt (Bei einer Direktversicherung bitte das Formular "Zusatzklärung für die Direktversicherung mit steuerlicher Förderung nach § 3 Nr. 63 EStG", Form.-Nr. 521020352 verwenden.):

wenn die versicherte Person den Ablauf der Versicherungsdauer erlebt Geburtsdatum wenn die versicherte Person vor Ablauf der Versicherungsdauer stirbt Zusatz, Vorname bzw. Firmenbezeichnung Geburtsdatum wenn die versicherte Person vor Ablauf der Versicherungsdauer stirbt Zusatz, Vorname bzw. Firmenbezeichnung Geburtsdatum **Einzugsermächtigung des neuen Versicherungsnehmers**

Ist der Kontoinhaber nicht mit dem neuen Versicherungsnehmer identisch, bitte die Adresse des Kontoinhabers angeben.

 Herr Frau FirmaName bzw. Firmenbezeichnung Vorname Kundennummer Straße, Hausnummer PLZ, Ort Land Telefonnummer mit Vorwahl Telefonnummer mit Vorwahl E-Mail-Adresse

Der Versicherte wird bis auf Widerruf ermächtigt, die Beiträge mittels Lastschrift abzubuchen.

Kartenummer Bankktozahl Geldinstitut Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers **Identifikation des Antragstellers gemäß Geldwäschegesetz**

Zusätzliche Angaben des Antragstellers, wenn keine Lastschriftinzugsermächtigung von seinem Konto erteilt wurde:

Personalausweis/ Reisepass-Nr. Kopie beifügen! ausgestellt auf (Name, Vorname) Staatsangehörigkeit Geburtsort Geburtsdatum ausgestellt am Ausstellungsbehörde Ausweis/ Pass gültig Ja NeinVorname, Name der Person, die den Antrag unterschreibt Ort, Datum Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers (ggf. mit Firmenstempel)

Bezugsrechtserklärung

Das widerrufliche Bezugsrecht für die Versicherungsleistung bestimme ich/ bestimmen wir wie folgt (Bei einer Direktversicherung bitte das Formular "Zusatzerklärung für die Direktversicherung mit steuerlicher Förderung nach § 3 Nr. 63 EStG", Form.-Nr. 521020352 verwenden.):

wenn die versicherte Person den Ablauf der Versicherungsdauer erlebt

Zuname, Vorname bzw. Firmenbezeichnung

Geburtsdatum

Eigene Daten

wenn die versicherte Person vor Ablauf der Versicherungsdauer stirbt

Zuname, Vorname bzw. Firmenbezeichnung

Geburtsdatum

Daten eines anderen Begünstigten

Einzugsermächtigung des neuen Versicherungsnehmers

Ist der Kontoinhaber nicht mit dem neuen Versicherungsnehmer identisch, bitte die Adresse des Kontoinhabers angeben.

Herr

Name bzw. Firmenbezeichnung

Nur ausfüllen, wenn weiter eigener Beitrag bezahlt wird

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Telefonnummer mit Vorwahl

Telefaxnummer mit Vorwahl

E-Mail-Adresse

Der Versicherer wird bis auf Widerruf ermächtigt, die Beiträge mittels Lastschrift abzubuchen.

Kontonummer

Bankleitzahl

Geldinstitut

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Identifikation des Antragstellers gemäß Geldwäschegesetz

Zusätzliche Angaben des Antragstellers, wenn keine Lastschrifteinzugsermächtigung von seinem Konto erteilt wurde:

Personalausweis/ Reisepassnummer

Geburtsort

Geburtsdatum

Ausfüllen mit Personalausweis-Daten

ausgestellt am

Ausweis/ Pass gültig

Ja

Nein

Vorname, Name der Person, die den Antrag unterzeichnet

Ort, Datum

Ort und Datum eintragen

Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers (ggf. mit Firmenstempel)

Unterschrift nicht vergessen

142 - 475 - 1768