

Antrag auf Versicherungsnehmer-Wechsel für Direktversicherungen – Ausfüllhilfe –



Hiermit erhalten Sie von uns einen **Antrag auf Versicherungsnehmer-Wechsel für Direktversicherungen**.
Der Antrag besteht insgesamt aus fünf Formularen:

A	Verzichtserklärung
B	Übernahmeerklärung der versicherten Person für eine private Fortführung
C	Übernahmeerklärung des neuen Arbeitgebers für eine betriebliche Fortführung
D	Ergänzende Erklärung und Vereinbarung bei veränderter Vertragsfortführung
E	Aufzeichnung gemäß Geldwäschegesetz für juristische Personen/Personengesellschaften für Direktversicherungen bei einem Versicherungsnehmer-Wechsel

Welches Formular für den jeweiligen Versicherungsnehmer-Wechsel erforderlich ist, können Sie der folgenden Übersicht entnehmen:

Was wird gewünscht	Wer muss das Formular ausfüllen?	Formular				
		A	B	C	D	E
Sie möchten Ihren Arbeitnehmer abmelden.	Arbeitgeber	X				
Die Versicherungsnehmer-Eigenschaft soll wegen Firmenaustritt von dem Arbeitgeber auf den Arbeitnehmer privat übertragen werden.	Arbeitgeber	X				
	Arbeitnehmer		X			
Die derzeit privat geführte Versicherung soll wieder betrieblich über den neuen Arbeitgeber fortgeführt werden.	Arbeitgeber			X	X	X
	Arbeitnehmer	X		X	X	
Die Versicherungsnehmer-Eigenschaft soll von dem alten auf den neuen Arbeitgeber übertragen werden. (auch bei Betriebsübergang gemäß § 613a BGB)	Bisheriger Arbeitgeber	X				
	Neuer Arbeitgeber			X	(X)	X
	Arbeitnehmer			X	(X)	

Ist das „Formular D“ bei einer betrieblichen Fortführung immer erforderlich?

Das Formular wird nicht zwingend benötigt, wenn die Versicherungsnehmer-Eigenschaft nahtlos von dem alten auf den neuen Arbeitgeber übertragen wird und der neue Arbeitgeber den Versicherungsvertrag in unveränderter Form fortführt. Wird der Vertrag jedoch in einer geänderten Form fortgeführt, z. B., weil die Beitragshöhe angepasst oder künftig der Arbeitgeberpflichtzuschuss gewährt werden soll, dann ist das Formular immer auszufüllen. Es ist ebenfalls immer dann erforderlich, wenn der Vertrag von einer privaten auf eine betriebliche Finanzierung umgestellt wird.

Bitte senden Sie die ausgefüllten und unterschriebenen Formulare an:

**Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG
50427 Köln**

oder per E-Mail an leben@zurich.com

Antrag auf Versicherungsnehmer-Wechsel für Direktversicherungen



A Verzichtserklärung

Versicherungsnummer

Bisheriger Versicherungsnehmer

Name des bisherigen Versicherungsnehmers/Arbeitgebers

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Versicherte Person/Arbeitnehmer

Name der versicherten Person (falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Weitere betroffene Arbeitnehmer (siehe beiliegende Liste)

Betriebszugehörigkeit

Firmeneintrittsdatum

Firmenaustrittsdatum

Angaben zur letzten Beitragszahlung

Die **letzte** Beitragszahlung erfolgt **für den** Monat/Lohnmonat:

Wann soll das letzte Mal abgebucht werden?

zum 1. des Folgemonats

Wann wird das letzte Mal überwiesen?

am Lohnmonatsende

am 15. des Folgemonats

Erklärung und Unterschrift

Hiermit verzichte(n) ich/wir ab dem auf sämtliche Rechte und Pflichten als Versicherungsnehmer aus dem oben genannten Versicherungsvertrag/den oben genannten Versicherungsverträgen und stimmen einer Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft auf einen neuen Versicherungsnehmer zu.

Erklärung zur versicherungsvertraglichen Lösung bei einer beitragsorientierten Leistungszusage:
Der Arbeitnehmer ist ausgeschieden. Von der versicherungsvertraglichen Lösung gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Betriebsrentengesetz wird Gebrauch gemacht. Der Arbeitgeber wird diese Erklärung gegenüber dem Arbeitnehmer fristgerecht abgeben.

Ort, Datum

Unterschrift **bisheriger** Versicherungsnehmer/Arbeitgeber
mit Firmenstempel



014201541913

B**Übernahmeerklärung der versicherten Person für eine private Fortführung**

Versicherungsnummer:

Angaben des neuen Versicherungsnehmers

Name des neuen Versicherungsnehmers (Vor- und Zuname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer mit Vorwahl

E-Mail-Adresse

Steuerliche Identifikationsnummer*

* Die freiwillige Angabe Ihrer Steueridentifikationsnummer dient der reibungslosen Kommunikation mit der Finanzbehörde für den Fall, dass wir als Anbieter verpflichtet sind, dieser eine Rentenbezugsmitteilung zu übermitteln. Sie können der Speicherung und Verwendung jederzeit widersprechen.

Angaben des Antragstellers nach dem Geldwäschegesetz (GWG)

► Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Personalausweises bei (Vorder- und Rückseite).

Angaben zur Vertragsfortführung und zum Zahlungsweg

Sofern ein Beitragsrückstand besteht, bin ich damit einverstanden, dass zum Zeitpunkt der Übernahme offene Beitragsfälligkeiten ausgeglichen werden (z. B. durch Verrechnung mit dem vorhandenen Vertragsguthaben).

Die bisherige Beitragshöhe und Beitragszahlungsweise bleiben unverändert.

Alternativ:

Der Vertrag soll beitragsfrei gestellt werden.

Der Vertrag wird mit reduziertem Beitrag in Höhe von EUR fortgeführt.

Die Zahlungsweise soll umgestellt werden auf: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

SEPA-Lastschriftmandat**Gläubiger-Identifikationsnummer DE60ZZZ00000023236**

Ich/Wir ermächtige(n) die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Kontoinhaber

**** Wichtig:** Wenn der Kontoinhaber und Versicherungsnehmer nicht dieselbe Person sind, gehen Sie bitte auf unsere Internetseite www.zurich.de. Dort können Sie einfach ein SEPA-Lastschriftmandat herunterladen und ausdrucken.

Alternativ: Die Beiträge werden von mir überwiesen

Erklärung und Unterschrift

Hiermit übernehme ich als Versicherungsnehmer den oben aufgeführten Versicherungsvertrag mit allen Rechten und Pflichten ab dem Zeitpunkt des Verzichts durch den bisherigen Versicherungsnehmer.

Ort, Datum

Unterschrift des **neuen** Versicherungsnehmers

Versicherungsnummer: Weitere betroffene Arbeitnehmer (siehe beiliegende Liste)**Angaben des neuen Versicherungsnehmers**Name bzw. Firmenbezeichnung Rechtsform oder Name des Inhabers Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort Telefonnummer/Telefax mit Vorwahl E-Mail-Adresse Filialkundennummer* (sofern vorhanden) AGEV-Mitgliedsnummer (sofern vorhanden)

* bei Kunden der Deutschen Bank

Angaben des Antragstellers nach dem Geldwäschegesetz (GWG)

► **Wichtig:** Für die Identifikation gemäß Geldwäschegesetz fügen Sie bitte das **Formular E** „Aufzeichnung gemäß Geldwäschegesetz für juristische Personen/Personengesellschaften bei einem Versicherungsnehmer-Wechsel“ bei.

Zahlungsweg**SEPA-Lastschriftmandat****Gläubiger-Identifikationsnummer DE60ZZZ0000023236**

Ich/Wir ermächtige(n) die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN BIC Name des Kreditinstituts Kontoinhaber

oben genannter neuer Versicherungsnehmer

Alternativ: Die Beiträge werden von mir/uns überwiesen**Betriebszugehörigkeit**Firmeneintrittsdatum Alternativ: Betriebsübergang gemäß § 613 a BGB**Angaben zur ersten Beitragszahlung**Der **erste** Beitrag wird mit dem Gehalt im Monat für den laufenden Monat bezahlt den Folgemonat bezahlt

Erklärung und Unterschrift

Hiermit übernehme(n) ich/wir als Versicherungsnehmer den aufgeführten Versicherungsvertrag/die in beiliegender Liste aufgeführten Versicherungsverträge mit allen Rechten und Pflichten (inkl. Beitragszahlung) ab dem Zeitpunkt des Verzichts durch den bisherigen Versicherungsnehmer.

Sofern ein Beitragsrückstand besteht, bin ich/sind wir damit einverstanden, dass zum Zeitpunkt der Übernahme offene Beitragsfälligkeiten ausgeglichen werden (z. B. durch Verrechnung mit dem vorhandenen Vertragsguthaben).

Die beim vorherigen Arbeitgeber vereinbarte Besteuerung der Beiträge gilt weiterhin.

Der Versicherungsvertrag wird in **unveränderter Form** übernommen.

Hinweis: Bei einer unveränderten Fortführung als betriebliche Direktversicherung gilt dies auch für die weiteren getroffenen Vereinbarungen z. B. zum Bezugsrecht, zur steuerlichen Förderung und zu einem bereits vorhandenen Arbeitgeberpflichtzuschuss.

Abweichend wird Folgendes beantragt:

- Einer oder mehrere Versicherungsverträge werden in **geänderter Form** übernommen (z. B. immer bei Umstellung von privater auf betriebliche Finanzierung oder bei Änderung der Beitragshöhe, der Finanzierungsform, der Beitragsaufteilung und bei Gewährung des Arbeitgeberpflichtzuschusses).

Hinweis: Bei einer geänderten Fortführung gelten **zusätzlich die Erklärungen im Formular D** „Ergänzende Erklärung und Vereinbarung bei veränderter Vertragsfortführung“. (Bitte dieses Formular für jeden zu ändernden Vertrag ausfüllen).

Abtretung, Verpfändung und Beleihung

Rechte und Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag können weder vom Arbeitgeber noch vom Arbeitnehmer abgetreten, beliehen oder verpfändet werden.

Beendigung des Arbeitsverhältnisses, Übergang in den Rentenbezug

Scheidet der Arbeitnehmer vor Eintritt des Versorgungsfalles aus den Diensten des Arbeitgebers aus, so verpflichtet sich der Arbeitgeber, der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG hierüber unverzüglich in Textform – unter Angabe des Firmenein- und austrittsdatums sowie der zuletzt bekannten Anschrift der vers. Person – Mitteilung zu machen.

Der Arbeitgeber erklärt bereits jetzt die Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft mit allen Rechten und Pflichten auf die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

Für ausschließlich arbeitgeberfinanzierte Versicherungen gilt dies nur, sofern der versicherten Person entweder von Beginn an ein sofortiges unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt wurde oder sie mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses ein unwiderrufliches Bezugsrecht erhält.

Unabhängig von der Beendigung des Arbeitsverhältnisses und der Finanzierungsform erklärt der Arbeitgeber bereits jetzt die Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft mit allen Rechten und Pflichten auf die versicherte Person zum Zeitpunkt der Entstehung der Leistungs-Pflicht auf Altersrentenleistung (Übergang in den Rentenbezug) durch die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG.

Die versicherte Person erklärt bereits jetzt die Übernahme der Versicherungsnehmer-Eigenschaft mit allen Rechten und Pflichten zum Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses bzw. des Übergangs in den Rentenbezug.

Versicherungsvertragliche Lösung (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Betriebsrentengesetz):

Wurde die Direktversicherung als beitragsorientierte Leistungszusage erteilt, erklärt der Arbeitgeber gegenüber der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, dass er die versicherungsvertragliche Lösung gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Betriebsrentengesetz wählt. Gegenüber dem Arbeitnehmer wird der Arbeitgeber die Erklärung in sachlichem und zeitlichem Zusammenhang mit dessen Ausscheiden abgeben.

Hinweis für den Arbeitgeber bei einer fondsgebundenen Versicherung als Beitragszusage mit Mindestleistung (BZML):

Bei einer Fortführung in dieser Zusageart besteht insoweit kein Nachfinanzierungsrisiko, da die im Produkt eingeschlossene Erlebensfallgarantie die erforderliche Mindestleistung zum Rentenbeginn sicherstellt. Das tatsächliche Risiko für den Arbeitgeber reduziert sich hierdurch auf das Ausfallrisiko des im Versicherungsschein genannten Garantiegebers.

Ort, Datum

Unterschrift **neuer** Versicherungsnehmer/Arbeitgeber
mit Firmenstempel



Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person/Arbeitnehmer



Versicherungsnummer:

Angaben des neuen Versicherungsnehmers

Bei einer Direktversicherung, bei der der Arbeitgeberpflichtzuschuss noch nicht gezahlt wurde, wird der Arbeitgeberpflichtzuschuss gemäß Betriebsrentenstärkungsgesetz (BRSg) vereinbart:

- Bei einer **Direktversicherung nach § 40b EStG** wird der Vertrag mit der bisherigen Beitragshöhe weitergeführt. Im Innenverhältnis vereinbaren Arbeitgeber und Arbeitnehmer eine geringere Entgeltumwandlung.
 - Bei einer **Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG** soll der bisher gezahlte Entgeltumwandlungsbetrag um den Arbeitgeberpflichtzuschuss (von max. 15 %) erhöht werden.
- Der Vertrag soll mit unten aufgeführtem **Gesamtbeitrag*)** fortgeführt werden.

Hinweis: Eine Erhöhung des Beitrags ist lediglich für Verträge nach § 3 Nr. 63 EStG möglich, bei denen der Arbeitgeberpflichtzuschuss noch nicht vereinbart wurde. Die Erhöhung ist auf maximal 15 % auf den bisher gezahlten Entgeltumwandlungsbetrag begrenzt.

Abweichend von dieser Standardregelung, wird der Arbeitgeberpflichtzuschuss nicht gezahlt.

Beitragsaufteilung und Finanzierungsform (bitte immer angeben)

Mischfinanziert Gesamtbeitrag*) EUR

Aufteilung des Gesamtbeitrages:

<input type="text"/>	EUR	Arbeitnehmerfinanziert ggf. inkl. VL (Entgeltumwandlung)
<input type="text"/>	EUR	Arbeitgeberbeitrag (wird zusätzlich zum Arbeitgeberpflichtzuschuss gezahlt)
<input type="text"/>	EUR	Arbeitgeberpflichtzuschuss gem. § 1a Abs. 1a Betriebsrentengesetz (pauschal in Höhe von 15 % des Entgeltumwandlungsbetrages; grundsätzlich auch „spitze“ Abrechnung der tatsächlich eingesparten Sozialversicherungsbeiträge möglich).

Arbeitnehmerfinanziert Beitrag EUR

Arbeitgeberfinanziert Beitrag EUR

Bei Direktversicherungen nach § 40b EStG a.F. wird von der Lohnsteuerpauschalierung Gebrauch gemacht und folgende Vereinbarung getroffen:

Es wird unwiderruflich vereinbart, dass während der Dauer des Arbeitsverhältnisses eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft und eine Abtretung von Rechten aus diesem Vertrag auf den versicherten Arbeitnehmer bis zu dem Zeitpunkt, in dem er sein 59. Lebensjahr vollendet, insoweit ausgeschlossen ist, als die Beiträge vom Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) entrichtet worden sind.

Der versicherten Person wird für aus der auf ihr Leben genommenen Versicherung ein sofortiges **unwiderrufliches Bezugsrecht** eingeräumt. Dieses Bezugsrecht umfasst **sämtliche Versicherungsleistungen**.

Sofern die Versicherung **Todesfallleistungen** vorsieht, erhalten diese als Begünstigte:

- **Bei Direktversicherungen nach § 3 Nr. 63 EStG**

Es gilt die folgende Rangfolge:

- a) der überlebende Ehegatte/Lebenspartner, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes verheiratet/verpartnert war
- b) der Lebensgefährte, unter der Voraussetzung, dass eine Versicherung der versicherten Person in Textform vorliegt, in der der Lebensgefährte unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift genannt ist und bestätigt wird, dass eine gemeinsame Haushaltsführung besteht
- c) die ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder i. S. des § 32 Abs. 3 und 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Abs. 5 EStG und Kinder in einem besonderen Obhuts- und Pflegeverhältnis i. S. der steuerlichen Bestimmungen und die namentlich als Begünstigte benannt wurden.

Sind Hinterbliebene im Sinne von a) bis c) nicht vorhanden, beschränkt sich die Leistung auf ein Sterbegeld. Es beträgt max. 8.000 EUR. Ein darüber hinausgehendes Vertragsguthaben kommt den übrigen versicherten Personen derselben Bestandsgruppe der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG zugute. Ist das Vertragsguthaben niedriger als 8.000 EUR, wird das Vertragsguthaben als Sterbegeld ausgezahlt. Es wird an die Person gezahlt, die die versicherte Person als Empfänger in Textform benannt hat. Ist niemand benannt, wird es an die Erben der versicherten Person gezahlt.

- Zusatzformular „Todesfallbegünstigung“ liegt bei (nur dann erforderlich, wenn ein Lebensgefährte im Sinne einer Begünstigung nach vorstehendem Buchstaben b) im Todesfall begünstigt und/oder der Empfänger einer ggf. möglichen Sterbegeldzahlung namentlich benannt werden soll).
- Zusatzformular „Todesfallbegünstigung“ wurde bereits in der Vergangenheit eingereicht und soll weiterhin Gültigkeit haben.

- **Bei Direktversicherungen nach § 40b EStG (a. F.)**

Die in der Vergangenheit verfügte Begünstigung für die im Todesfall fällige Kapital- bzw. Rentenleistung gilt weiter.

Hat die versicherte Person in der Vergangenheit keine begünstigte Person für den Todesfall benannt, erhalten im Todesfall der versicherten Person die fällige/n Leistung/en (widerrufliche Begünstigung):

- a) der überlebende Ehegatte/Lebenspartner, mit dem die versicherte Person im Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet/verpartnert war,
- b) die ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder,
- c) die Eltern,
- d) die Erben.

Die als begünstigt in Betracht kommende Person erwirbt einen Anspruch nur dann, wenn die Person des vorhergehenden Ranges nicht vorhanden ist oder auf ihr Recht verzichtet hat. Mehrere Berechtigte im gleichen Rang erhalten gleiche Anteile. Die Versicherungsleistungen aus einer ggf. eingeschlossenen Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung werden im Todesfall an die mitversicherte Person ausgezahlt.

Überschussbeteiligung

Das verfügte Bezugsrecht bezieht sich auch auf die Überschussanteile. Diese werden ausschließlich zur Verbesserung der Versicherungsleistung verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift **neuer** Versicherungsnehmer/Arbeitgeber
mit Firmenstempel



Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person/Arbeitnehmer



Versicherungsnummer:
1. Identifizierung des Antragstellers/Versicherungsnehmers
1.1 Bei eingetragenen juristischen Personen/Personengesellschaften bitte angeben:

Die vertretungsberechtigten Personen können dem Registerauszug entnommen werden.

Bitte die Kopie des Registerauszuges beifügen!

Registernummer (z. B. Handels- Genossenschaft- oder Partnerschaftsregister)

Registergericht

1.2 Bei nicht eingetragenen Vereinigungen bitte die anhand aussagekräftiger Dokumente (z. B. Gesellschaftsdokumente, Satzung, Bestätigung des Steuerberaters) geprüften Namen der **Gesellschafter/Mithaber bzw. vertretungsberechtigten Personen angeben. Die vertretungsberechtigte Person füllt bitte **zusätzlich** den Abschnitt für natürliche Personen/Einzelkaufleute aus und fügt die Kopie des angegebenen Ausweisdokumentes bei.**

	Funktion beim Antragsteller	Name, Vorname	Geburtsdatum	Wohnort
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hinweis: Sind an einer Gesellschaft, z. B. einer **Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)** (= Antragsteller) **mehr als die oben unter Ziffer 1. bis 5.** genannten Gesellschafter beteiligt, so sind diese in einer **separaten Liste** anzugeben.

1.3 Bei natürlichen Personen/Einzelkaufleuten bzw. für eine oben angegebene unterzeichnende vertretungsberechtigte Person einer nicht eingetragenen Vereinigung bitte angeben:

Personalausweis-/Reisepass-Nr.	ausgestellt auf (Name, Vorname)	Staatsangehörigkeit	Geburtsort	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ausgestellt am	Ausstellungsbehörde	gültig bis (Ablaufdatum)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

 Die **Kopie des o. g. Ausweisdokumentes** (Vorder- und Rückseite) wurde dem Antrag beifügt.

Hinweis: Wir sind als Versicherer gesetzlich verpflichtet, eine Kopie des Ausweisdokumentes zu archivieren.

2. Angaben zu der Person, die für den Antragsteller auftritt und den Antrag unterzeichnet

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsland/-ort	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

 Die **Kopie des Identitätsnachweises** (z. B. Vorder- und Rückseite des Ausweisdokumentes) für **die auftretende Person** wurde dem Antrag **beigefügt**.

 Die **Berechtigung zur Vertretung** des Antragstellers ergibt sich aus dem Registerauszug oder wird durch den Firmenstempel bestätigt.

Ausfüllhinweise zu diesem Formular finden Sie auf der nachfolgenden Seite 9!

Ort, Datum

 Unterschrift des Antragstellers **mit** Firmenstempel



Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers



Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass wir den Versicherungsnehmer bei der Begründung einer Geschäftsbeziehung identifizieren müssen.

Haben Sie bei Zurich für Ihre Mitarbeiter bereits Direktversicherungen abgeschlossen (Bestandskunde), und uns dafür die gemäß Geldwäschegesetz erforderlichen Angaben des Antragstellers vollständig übermittelt? Dann benötigen wir keine erneuten Angaben von Ihnen. Es sei denn, es haben sich zu den bereits übermittelten Daten, Veränderungen ergeben (z. B. Gesellschaftssitz, Personen der Geschäftsleitung etc.).

Andernfalls benötigen wir von Ihnen die Daten zur Identifikation gemäß Geldwäschegesetz:

- Handelt es sich bei Ihrem Unternehmen um eine juristische Person oder eine Personengesellschaft mit **Eintragung im Handelsregister** oder einem anderen Register? Dann benötigen wir einen aktuellen Registerauszug mit Registernummer. Bitte tragen Sie zudem die Registernummer und das Registergericht unter **Punkt 1.1** ein.
- Bei **nicht eingetragenen Vereinigungen** (z. B. GbR, nicht eingetragener Verein, etc.) mit mehreren Mitinhabern/ Gesellschaftern bzw. vertretungsberechtigten Personen (z. B. Praxisgemeinschaft), sind diese Personen unter **Punkt 1.2** zu benennen.
- Sind sie **Einzelkaufmann/-frau** oder ein **inhabergeführtes, nicht eingetragenes Unternehmen**? Dann brauchen wir eine gut leserliche Kopie Ihres Personalausweises (Vorder- und Rückseite). Zudem sind Ihre Daten unter **Punkt 1.3** zu erfassen.

Unterzeichnet jemand anders als der Geschäftsführer oder ein Inhaber den Antrag?

In diesen **Fällen** ist die den Antrag unterzeichnende Person als **auf tretende Person** mit einer Ausweiskopie (Vor- und Rückseite) zu identifizieren. Bitte fügen Sie eine Kopie des Identitätsnachweises bei. Siehe hierzu **Punkt 2**.

Außerdem ist zu prüfen, ob die Person tatsächlich dazu berechtigt ist, für den Versicherungsnehmer aufzutreten. Der Nachweis der Berechtigung ergibt sich entweder aus dem vorliegenden Handelsregisterauszug/Gesellschaftervertrag oder wird durch den **Firmenstempel** bestätigt.