

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



014204751913

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 