

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)**Angaben zur letzten Beitragszahlung und Firmenaustritt**

Firmenaustrittsdatum:

☐ Der letzte Beitrag wird im Monat überwiesen.

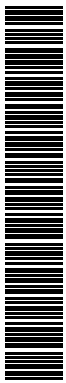
oder

☐ Der letzte Beitrag soll zum abgebucht werden.**Erklärung und Unterschrift**

Hiermit verzichte(n) ich/wir ab dem o.g. Firmenaustrittsdatum 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.

Ort, Datum

Unterschrift **bisheriger** Versicherungsnehmer/Arbeitgeber
mit Firmenstempel

014201541913

Versicherungsnummer: **Angaben des neuen Versicherungsnehmers**

Name, Vorname 	Geburtsdatum 	Geburtsland/-ort 	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer 	Postleitzahl, Ort 		
Telefonnummer mit Vorwahl 	E-Mail 		
Steueridentifikationsnummer (für gesetzliche Meldeverfahren) 	Kundennummer Bank (sofern vorhanden) 		

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 oben genannter neuer Versicherungsnehmer**
--	--

**** 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 	
------------------------------------	--	---

