

Versicherungsscheinnummer

**Hinweise:** Als Versicherungsunternehmen sind wir gemäß § 33 Abs. 3 ErbStG verpflichtet, den Wechsel des Versicherungsnehmers dem Finanzamt anzuzeigen. Ein Wechsel eines Vertragspartners bedarf der Zustimmung des anderen Vertragspartners. Wir bitten um Verständnis, dass wir uns vorbehalten, im Einzelfall den neuen Versicherungsnehmer ggf. nicht zu akzeptieren.

### Antrag des bisherigen Versicherungsnehmers

Name	Vorname
Geburtsdatum	Änderung mit Wirkung ab <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> ab
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Land	Steuer-Identifikationsnummer

Als bisheriger Versicherungsnehmer beantrage ich, sämtliche Rechte und Pflichten dieser Versicherung an den neu vorgesehenen Versicherungsnehmer zu übertragen.

Ort, Datum

Unterschrift bisheriger Versicherungsnehmer

### Antrag des neu vorgesehenen Versicherungsnehmers

Der neu vorgesehene Versicherungsnehmer ist:

#### Eine natürliche Person

Name
Vorname
Geburtsdatum
Nationalitäten <i>(alle)</i>
Strasse, Nr.
PLZ, Ort
Land
Steuer-Identifikationsnummer

⚠ Bitte eine gültige, legitimierte Ausweiskopie und das Formular Mandat für SEPA Lastschriftverfahren beifügen.

#### Ein Unternehmen

*(juristische Person, Kollektiv-/Kommanditgesellschaft)*

Firmenname
Gründungsdatum
Strasse, Nr. <i>(Domizil)</i>
PLZ, Ort
Land
E-Mail
Steuer-Identifikationsnummer

⚠ Bitte die für die Firma handelnde Person in der linken Spalte ebenfalls identifizieren. Sollten dies mehrere sein, so ist pro Person jeweils ein separates Formular zu verwenden.

Als neu vorgesehener Versicherungsnehmer erkläre ich, sämtliche Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu übernehmen.

Ort, Datum

Unterschrift neu vorgesehener Versicherungsnehmer

⚠ Der Wechsel des Versicherungsnehmers ist wirksam, wenn die Übertragung von SIKURA LEBEN AG schriftlich bestätigt wird.

Versicherungsscheinnummer

**Identifikation des neuen Versicherungsnehmers nach dem Geldwäschegesetz**

<input type="checkbox"/> Personalausweis	Ausweis-Nr.
<input type="checkbox"/> Reisepass	Ausstellende Behörde
<input type="checkbox"/> Ausweisdokument	Ausstellungsdatum
	Gültigkeitsdatum (gültig bis)

Eine Kopie des gültigen Personalausweises/Reisepasses ist beigelegt.

**Der Berater/Vermittler bestätigt mit seiner Unterschrift die Identifizierung des Antragstellers durch ein gültiges Ausweisdokument sowie die Übereinstimmung der hier erfassten Ausweisdaten.**

Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers

**Wirtschaftlich Berechtigter**

(Erklärung im Rahmen der Geldwäscheprevention) Vertragsabschluss und Beitragszahlung erfolgen auf meine eigene Veranlassung.

**Nein, ich wurde hierzu beantragt von:**

Name	Strasse, Nr.
Vorname	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Land
Nationalitäten ( <i>alle</i> )	Beziehung zu dieser Person:

**Plausibilitätsprüfung SPG neuer Prämienzahler (VN od. wirtschaftlich Berechtigter)****Berufliche Tätigkeit**

<input type="checkbox"/> Angestellt	Branche
<input type="checkbox"/> Selbstständig	Firma / Land
<input type="checkbox"/> Pensioniert (frühere Tätigkeit)	Beruf
<input type="checkbox"/> Verwaltungsrat	Funktion
<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	Einkommen/Rente

**Mittelherkunft**

Herkunft und wirtsch. Hintergrund Vermögenswerte (Nachweis bitte beilegen)

**Berufliche Tätigkeit**

<input type="checkbox"/> Ersparnisse/Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/> Beteiligungsverkauf
<input type="checkbox"/> Erbschaft/Schenkung	<input type="checkbox"/> Versorgungsgelder/Versicherung
<input type="checkbox"/> Objektverkauf (z.B. Liegenschaft)	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Versicherungsscheinnummer

**Grund der Übertragung**

(bitte unbedingt angeben)

 Unentgeltlich Entgeltlich (z.B. Verkauf) Erbrechtlich Familienrechtlich Sonstiges**Datenschutz**

Die Anlage Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

**Bezugsberechtigung**

im Versicherungsfall

Im **Erlebensfall**, bei Ablauf der Versicherung, Kapitalwahl oder Rentenzahlung aus der Rentenversicherung und bei Leistung aus der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung: der Versicherungsnehmer Abweichend von dieser Standardregelung soll bezugsberechtigt sein: die versicherte Person die nachfolgend namentlich bezeichnete Person  
(Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Beziehung zum Versicherungsnehmer)Im **Todesfall** der versicherten Person in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten:

1. der überlebende Ehegatte, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet war
2. die ehelichen und die ihnen gleichgestellten Kinder der versicherten Person
3. die Eltern der versicherten Person
4. die Erben der versicherten Person

 Abweichend von dieser Standardregelung soll bezugsberechtigt sein: Versicherungsnehmer die nachfolgend namentlich bezeichnete Person  
(Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Beziehung zum Versicherungsnehmer)Im **Todesfall** des Versicherungsnehmers:

Soll die versicherte Person Versicherungsnehmer werden?

 Ja Nein

Versicherungsscheinnummer

**Erklärungen und Unterschriften****Bisheriger Versicherungsnehmer**

Hiermit übertrage ich alle Rechte und Pflichten aus der/den oben genannten Versicherung(en) auf den o.g. neuen Versicherungsnehmer.

Ort, Datum

Unterschrift bisheriger Versicherungsnehmer

**Drittberechtigte (z.B. Abtretung)**

Mit dem Versicherungsnehmer-Wechsel bin ich/sind wir einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift: Vorname, Name Firmenbezeichnung des Dritten

**Neuer Versicherungsnehmer**

Hiermit übernehme ich alle Rechte und Pflichten aus der/den oben genannten Versicherung(en).

Ort, Datum

Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers  
(Bei Minderjährigkeit des Nachfolgers sind die Unterschriften aller  
Sorgeberechtigten erforderlich.)**Politisch exponierte Person (PEP)**

Ich bestätige, dass weder ich noch ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder Bezugsberechtigter ein wichtiges öffentliches Amt ausüben oder in den letzten 12 Monaten ausgeübt haben ("politisch exponierte Person"). Weder ich noch ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder Bezugsberechtigter sind Familienmitglieder oder stehen in Geschäftsbeziehung zu einer solchen Person. "Wichtig" sind Ämter im In- und Ausland mit Entscheidungsbefugnis auf oberster Staatsebene sowie in entsprechenden Organen wie Bundesbehörden, Botschaften, Bundesgerichten oder Leitungsfunktionen in Bundesunternehmen.

Nein, **keine** dieser Personen übt ein wichtiges öffentliches Amt aus.

Ja, **eine** dieser Personen übt ein wichtiges öffentliches Amt aus.

Erläuterung:

Ort, Datum

Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers  
(Bei Minderjährigkeit des Nachfolgers sind die Unterschriften aller  
Sorgeberechtigten erforderlich.)

---

Versicherungsscheinnummer

---

**Erklärung zur steuerlichen Ansässigkeit**

- Ja, ich bin ausschliesslich in Deutschland steuerlich ansässig
- Nein, ich bin in folgenden Ländern steuerlich ansässig:

Land 

---

Steuernummer 

---

Land 

---

Steuernummer 

---

- Ja, ich bin **keine** US-Person im Sinne der AVB.

- Nein, ich bin **eine** US-Person.

Informationen zur steuerlichen Ansässigkeit erhalten Sie auf unserer Homepage im Internet

---

Ort, Datum

Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers

(Bei Minderjährigkeit des Nachfolgers sind die Unterschriften aller  
Sorgeberechtigten erforderlich.)

**Schweigepflichtentbindungserklärung**

Die Schweigepflichtentbindungserklärung habe ich mit diesem Antrag erhalten, ausgefüllt und unterschrieben (Versicherungsnehmerwechsel ist ohne die Schweigepflichtentbindungserklärung nicht möglich).

---

Ort, Datum

Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers

(Bei Minderjährigkeit des Nachfolgers sind die Unterschriften aller  
Sorgeberechtigten erforderlich.)

**Die Schweigepflichtentbindungserklärung ist zwingend auszufüllen und mit diesem Antrag einzureichen**