

Antwort

Canada Life Assurance Europe plc
Richmodstr. 6
50667 Köln

Kundenservice
Telefon: 06102-306-1990
Telefax: 06102-306-1995
kunden-lgas@canadalife-lgas.de
www.canadalife.de/Kunden-LGAS

Hinweis: Dieses Formular ist ausschließlich für frühere Bestandskunden von Legal & General zu nutzen.

VERSICHERUNGSNEHMER

VERSICHERUNGSNEHMER*

Anrede Frau Herr Firma

Name/Firmenname	
Vorname(n)	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
E-Mail (freiwillige Angabe)	
Telefon (freiwillige Angabe)	
Versicherungsschein-Nr.	

Hinweis: Die Versicherungsschein-Nr. muss aus 12 Zeichen bestehen.

Ablaufdatum

Falls eine Beratung zu den Auswirkungen einer beabsichtigten Änderung zum Vertrag noch nicht erfolgt, aber gewünscht oder nötig ist, bitten wir Sie, sich an Ihren Berater oder an uns zu wenden. Bitte beachten Sie zu möglichen Auswirkungen einer Änderung auch die für Ihren Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen.

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen in diesem Dokument gelten für alle Personen unabhängig von ihrem Geschlecht.

ZWEITER VERSICHERUNGSNEHMER (FALLS ZUTREFFEND)

Anrede Frau Herr Firma

Name/Firmenname	
Vorname(n)	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
E-Mail (freiwillige Angabe)	
Telefon (freiwillige Angabe)	

ZU VERSICHERNDE PERSON (ARBEITNEHMER)

Frau Herr

Titel, Nachname	
Vorname(n)	

ANGABEN FÜR DIE AUSZAHLUNG

Aus meiner Ablaufleistung beantrage ich

eine lebenslange monatliche Rente

Steuerliche Identifikationsnummer des Versorgungsempfängers:

eine Kapitalauszahlung

Die lebenslange Rentenzahlung bzw. die einmalige Kapitalauszahlung soll an folgende Bankverbindung gezahlt werden:

Kontoinhaber		
IBAN	D E	
BIC		
Kreditinstitut		

Den Original-Versicherungsschein füge ich /fügen wir diesem Antrag bei.

Bei Auzahlungen sende ich außerdem eine Kopie einen gültigen Personalausweises oder Reisepasses von mir bzw. des Zahlungsempfängers, falls abweichend, mit.

UNTERSCHRIFT

Ort	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Unterschrift Kontoinhaber	<input type="text"/> 

Ort	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Unterschrift Versicherungsnehmer	<input type="text"/> 

Ort	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Unterschrift zweiter Versicherungsnehmers (falls zutreffend)	<input type="text"/> 