

Antrag auf Übertragung einer Direktversicherung auf den ausscheidenden Arbeitnehmer

Stand Dezember 2021



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.

Versicherungsschein-Nr.		Name des Arbeitgebers bzw. des bisherigen Versicherungsnehmers	
-------------------------	--	----------------------------------------------------------------	--

ERKLÄRUNG DES ARBEITGEBERS BZW. DES BISHERIGEN VERSICHERUNGSNEHMERS

Wir erklären hiermit, dass zum Termin des Ausscheidens aus dem Unternehmen die versicherte Person

Frau Herr

Titel, Nachname

Vorname(n)

Versicherungsnehmer im Sinne der Versicherungsbedingungen werden soll. Der Wechsel des Versicherungsnehmers erfolgt ab dem Tag, der auf den Ausscheidetermin folgt.

Datum des Ausscheidens aus dem Unternehmen

Bitte beachten Sie, dass eine Rückerstattung von bereits geleisteten Beitragszahlungen über den Ausscheidetermin hinaus nicht möglich ist, sofern zwischen Ausscheidetermin und Ihrer Mitteilung bereits mehr als drei Monate verstrichen sind.

Den Originalversicherungsschein, der bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung einzusenden ist, haben wir dem neuen Versicherungsnehmer ausgehändigt bzw. werden wir ihm aushändigen.

Die letzte Beitragszahlung des bisherigen Versicherungsnehmers

erfolgt zum 0 1 2 0

und betrifft den Gehaltsmonat 2 0

Ort

Datum

Stempel und **Unterschrift** ehemaliger Arbeitgeber bzw. bisheriger Versicherungsnehmer



ERKLÄRUNG DES ZUKÜNFTIGEN VERSICHERUNGSNEHMERS (=VERSICHERTE PERSON)

ANGABEN ZUR FORTFÜHRUNG DES VERTRAGES

(bitte Gewünschtes ankreuzen):

- Der Vertrag soll unverändert fortgeführt werden.
 Der Vertrag soll beitragsfrei fortgeführt werden.
 Der Beitrag soll auf monatlich € geändert werden.

Ort

Datum

Unterschrift des zukünftigen Versicherungsnehmers (= versicherte Person)



IDENTIFIZIERUNG NACH FACTA/CRS/FRAGEN NACH DER STEUERLICHEN ANSÄSSIGKEIT

Canada Life ist gesetzlich dazu verpflichtet, bei Antragstellung zu prüfen, ob es sich bei dem Antragsteller um eine außerhalb Deutschlands steuerlich ansässige Person handelt und der Versicherungsvertrag zum Beispiel einer Meldepflicht an das Bundeszentralamt für Steuern nach dem Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) oder dem Common Reporting Standard (CRS) unterliegt.

Wir bitten Sie daher, den Fragebogen Steuerliche Ansässigkeit auszufüllen und diesem Antrag beizufügen. Den Fragebogen finden Sie unter www.canadalife.de/fatca-crs oder wieder senden Ihnen das Formular gerne auch auf Anfrage zu.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT FÜR SEPA-BASISLASTSCHRIFTEN

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland, Hohenzollernring 72, 50672 Köln (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88ZZZ00000060465)

Eine Mandatsreferenznummer teilen wir Ihnen separat mit.

Ich ermächtige Canada Life, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Canada Life auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der Lastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vorab angekündigt wird.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: Wiederkehrende Lastschrift

Frau Herr Firma

Kontoinhaber

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

IBAN D E

BIC

Kreditinstitut

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers



Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig! Beachten Sie bitte, dass wir ggf. den Kontoinhaber nach dem Geldwäschegesetz identifizieren müssen, sofern er vom der zukünftigen Versicherungsnehmer abweicht.