

## Wechsel des Versicherungsnehmers (Risikoversicherung/Berufs-/ Erwerbsunfähigkeitsversicherung, Pflegerentenversicherung)

**Bisheriger Versicherungsnehmer**

Name und Vorname, ggf. Geburtsname, Titel

**Übertragungserklärung durch den bisherigen Versicherungsnehmer**

Als bisheriger Versicherungsnehmer widerrufe ich die bisherigen Regelungen zum Bezugsrecht und zur Rechtsnachfolge bei Tod des VN, übertrage alle Rechte, Ansprüche und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag auf den neuen Versicherungsnehmer und übergebe ihm gleichzeitig den Versicherungsschein.

Ort, Datum

**X**

**Unterschrift bisheriger Versicherungsnehmer**

**Neuer Versicherungsnehmer**

Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Titel

Geburtsdatum

Steuer-ID:

Straße, Hausnummer

Länderkennzeichen, Postleitzahl, Wohnort

**Wirtschaftlich Berechtigter im Sinne des GWG**

**Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten (Bei juristischen Personen beachten Sie bitte das beiliegende Merkblatt)**

- Ja, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und alle damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.
- Nein, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung bzw. auf Veranlassung eines Dritten.

Name, alle Vornamen, des veranlassenden Dritten

Meldeanschrift

Beziehung zu dieser Person

Bitte erläutern Sie die Hintergründe, weshalb die Geschäftsbeziehung/ Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt

**Bezugsrecht (für Versicherungsleistungen einschl. Überschussanteile) und Rechte am Vertrag**

Im Erlebensfall und für die Zahlung einer Pflege-/BU-/EU-Rente: Name und Geburtsdatum

Im Todesfall: Name und Geburtsdatum (bei mehreren versicherten Personen bitte genau erläutern)

Falls der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles stirbt und bis dahin nichts anderes bestimmt hat, soll die versicherte Person Versicherungsnehmer werden.

**Übernahmeerklärung durch den neuen Versicherungsnehmer**

Ich übernehme hiermit alle Rechte, Ansprüche und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag. Den Versicherungsschein habe ich erhalten.

Ort, Datum

**X**

**Unterschrift neuer Versicherungsnehmers (Vor- und Zuname)**

**Einverständnis der versicherten Person**

Ich stimme als versicherte Person dem Versicherungsnehmerwechsel zu.

Ort, Datum

**X**

**Unterschrift versicherte Person, falls nicht Versicherungsnehmer**

**Einverständnis bei Verfügungsberechtigungen (sofern vorhanden)**

Mit dem Versicherungsnehmerwechsel erklären wir uns einverstanden.

Ort, Datum

**X**

**Unterschrift/Stempel Drittberechtigter**

**Beitragszahlung**

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000029008/Mandatsreferenz WIRD SEPARAT MITGETEILT**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Dialog Lebensversicherungs-AG, Beiträge (einen einmaligen Beitrag - bei Einmalbeitragsversicherungen) von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Dialog Lebensversicherungs-AG einzulösen. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass ich /wir die Vorab-Ankündigung des SEPA-Lastschrifteinzugs in der Regel 14 Kalendertage, in Einzelfällen bis spätestens einen Tag, vor Fälligkeit erhalte/n.

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN	BIC	Name und Ort des Kreditinstituts
Name, Anschrift des/r Kontoinhaber/s, falls nicht Antragsteller		
Ort, Datum	<b>Unterschrift(en) Kontoinhaber</b> <b>X</b>	