

AUSZAHLUNG/KÜNDIGUNG

(Gesetzlicher / gewählter / gerichtlicher Vertreter)

Oberösterreichische
Versicherung AG

4020 Linz, Gruberstraße 32, Tel. +43 5 78 91-0

Gesellschaftsform: Aktiengesellschaft, Firmensitz: Linz, Firmenbuch: FN 36941a, LG Linz.

Zuständige Aufsichtsbehörde: FMA-Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.

Informationen zum Datenschutz: www.keinesorgen.at/datenschutz

Polizzenummer:

Erlebensleistung/Zwischenkapitalleistung Rückkauf zum _____ Storno zum _____

Versicherungsnehmer

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Identifikationsnachweis des Versicherungsnehmers (mit gültigem amtlichen Lichtbildausweis)

Reisepass Führerschein Personalausweis Firmenbuchauszug

Ausweisnummer: _____ ausgestellt am: _____ ausgestellt von: _____

ausgestellt in: Österreich _____

Nur für Zukunftssicherung gem. §3.1.15.a EStG: Besteht noch ein aufrechtes Arbeitsverhältnis? Ja Nein

Bankverbindung für die Auszahlung für Leistung, Rückkaufswert, Prämie Guthaben

IBAN _____

Kontoinhaber: Versicherungsnehmer

Prämienzahlungskonto

Vertreter (gesetzlich, gewählt, gerichtlich)

Beilagen (notwendige Unterlagen):

- Wenn dieses Formular **vom Versicherungsnehmer alleine** ausgefüllt wird **ODER** ab einer Leistung von **EUR 100.000,-**:
 - Kopie Lichtbildausweis (Reisepass, Führerschein, Personalausweis)
 - Nachweis zur Kontoinhaberüberprüfung (z.B. Kopie Bankkarte: Vorder- und Rückseite, Bankbestätigung)
- Kopie nicht österreichischer Lichtbildausweise
- Einverständnis des Gläubigers (wenn der Vertrag vinkuliert, verpfändet oder abgetreten ist)
- Originalpolizze (wenn im Bezugsrecht der Überbringer der Polizze eingetragen ist)
- Juristische Person: Firmenbuchauszug, Formular Wirtschaftlicher Eigentümer, Steuerliche Selbstauskunft, Lichtbildausweiskopie der unterzeichnenden Person

Auszahlungsart (NUR bei Erlebensleistung ausfüllen – NICHT bei Rückkauf)

Ich möchte Leistung in Form einer: einmaligen Kapitalzahlung Rente Soz.Vers.Nummer: _____

Wichtiger Hinweis: Eine Kapitalablöse nach der ersten Rentenzahlung ist nicht möglich.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers _____

Unterschrift des Pfandgläubigers (in firmenmäßiger Fertigung) _____

Bestätigung des Vermittlers:

- Die **Identität des Versicherungsnehmers** wurde festgestellt und anhand eines unbedenklichen Identifikationsnachweises überprüft.
- Der **Inhaber des angeführten Kontos** wurde anhand plausibler Unterlagen (Kontoauszug, Bankomatkarte, Bestätigung der kontoführenden Bank) überprüft.

Bestätigung – Name und Unterschrift des Betreuers _____

NUR AUSFÜLLEN, WENN DER VERSICHERUNGSNEHMER DURCH EINE ANDERE PERSON VERTRETEN WIRD

Vertreter:

Name	Geburtsdatum	
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
Geburtsort	Geburtsland	Staatsbürgerschaft

Identifikationsnachweis des Vertreters (mit gültigem amtlichen Lichtbildausweis)

Reisepass Führerschein Personalausweis

Ausweisnummer: _____ ausgestellt am: _____ ausgestellt von: _____

ausgestellt in: Österreich _____

NUR AUSFÜLLEN, WENN DER VERTRETER DIE AUSZAHLUNG ANFORDERT.

Der Vertreter bestätigt, dass er nur in Österreich steuerlich ansässig ist. ja nein

Der Vertreter bestätigt, dass er in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) nicht steuerpflichtig ist. ja nein

Steuerländer	Steueridentifikationsnummern
--------------	------------------------------

Die Angabe einer österreichischen Steuernummer ist nicht erforderlich. Bei einer ausländischen Steueransässigkeit erfolgt eine Meldung der Kontodaten an die Finanzbehörden.

In welchem Verhältnis steht der Vertreter zum Versicherungsnehmer:

Verwandtschaftsverhältnis sonstiges Rechtsverhältnis kein Rechtsverhältnis

Angabe des Rechtsverhältnisses:

Übt der Vertreter ein **wichtiges öffentliches Amt** aus bzw. hat er ein solches bis vor einem Jahr ausgeübt oder ist er **Familienmitglied** eines Inhabers eines solchen wichtigen öffentlichen Amtes oder hat er zu einer solchen Person ein **Naheverhältnis**? ja nein

Wenn ja:

ausgeübtes Amt	Zeitraum der Ausübung
----------------	-----------------------

Bei Familienmitgliedern und Personen mit Naheverhältnis auch Name des Amtsträgers sowie Art des Familien- oder Naheverhältnisses.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertreters