SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG

SIGNAL IDUNA

Zusatzerklärung zum SI WorkLife Antrag zur Grundfähigkeitsversicherung Anlage zum Neuantrag vom gleichen Tage

Versicherungsnummer	RINR	Datum der Antragstellung
Antragsteller (Versicherungsnehmer): Name, Vorname	**Versicherte Person, falls nicht Versicherungsnehmer:** Name, Vorname	

Erklärung

Ich erkläre, dass ich bei Zustandekommen des auf dem oben genannten Antrag beruhenden Versicherungsvertrages bei der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG unverzüglich meine bei der

_____

(Name des Vorversicherers)

mit der Versicherungsnummer _____

bestehende Grundfähigkeitsversicherung in Höhe von _____ EUR Jahresrente kündigen werde.

Ich erkläre des Weiteren, dass ich nach Kündigung dieser Versicherung keine Wiederinkraftsetzung bzw. Wiederherstellung für diese Versicherung beantragen werde.

Die Kündigungsbestätigung der

_____

(Name des Vorversicherers)

werde ich spätestens innerhalb von 10 Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins der neu beantragten Grundfähigkeitsversicherung der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG zur Verfügung stellen.

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich damit einverstanden, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG die von mir heute bei ihr beantragte Grundfähigkeitsversicherung rückwirkend per Beginn aufhebt, wenn die Kündigungsbestätigung meines Vorversicherers nicht innerhalb von 10 Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheines eingereicht wird.

Datum	Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)	Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern nicht Versicherungsnehmer	Eigenhändige Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller oder versicherte Person minderjährig ist.

Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen enthalten.