



MGM INTERNATIONAL ASSURANCE LTD. WITH PROFITS PLAN

Antragsformular

Bitte lesen Sie vor dem Ausfüllen dieses Antragsformulars die nachstehenden „Wichtigen Hinweise“ sowie den Versicherungsleitfaden und die Versicherungsbedingungen.

Wichtige Hinweise

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie nach bestem Wissen und Gewissen alle Fragen vollständig und richtig beantwortet haben.

Ihr Plan beginnt nach Abschluss des Vertrages, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Abschnitt A Einzelheiten zum Antragsteller bzw. den Antragstellern (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Welche Art der Lebensversicherung wünschen Sie?

- Einzelversicherung
 Versicherung auf verbundene Leben, Erstversterbensbasis
 Versicherung auf verbundene Leben, Letztversterbensbasis

Vom ersten Antragsteller bzw. vom Unternehmen auszufüllen

Nachname/Firma Vorname(n) Männl. Weibl.

Adresse (vollständig)

Telefonnummer Geburtsdatum T T M M J J J J

E-mail-Adresse Familienstand

Aufenthaltsland Staatsangehörigkeit

Pass- bzw. Ausweisnummer

Verhältnis zu der/den versicherte(n) Person(en)

Bitte bestätigen Sie den Zweck dieses Versicherungsplans

Investment Regelmäßiges Einkommen Altersvorsorge Sicherheit für ein Darlehen

Sonstiges (bitte angeben)

Vom zweiten Antragsteller (sofern vorhanden) auszufüllen

Nachname Vorname(n) Männl. Weibl.

Adresse (vollständig)

Telefonnummer Geburtsdatum T T M M J J J J

E-mail-Adresse Familienstand

Aufenthaltsland Staatsangehörigkeit

Pass- bzw. Ausweisnummer

Verhältnis zu der/den versicherten Person(en)

Bitte bestätigen Sie den Zweck dieses Versicherungsplans

Investment Regelmäßiges Einkommen Altersvorsorge Sicherheit für ein Darlehen

Sonstiges (bitte angeben)

Abschnitt B Persönliche Angaben der zu versichernden Person(en) (sofern nicht mit dem/den Antragsteller(n) identisch)

1. Erste oder einzige zu versichernde Person

Nachname

Vorname(n) Männl. Weibl.

Adresse (vollständig)

Telefonnummer

Geburtsdatum T T M M J J J J

E-mail-Adresse

Familienstand

Aufenthaltsland

Staatsangehörigkeit

Pass- bzw. Ausweisnummer

Beruf

2. Zweite zu versichernde Person (soweit vorhanden)

Nachname

Vorname(n) Männl. Weibl.

Adresse (vollständig)

Telefonnummer

Geburtsdatum T T M M J J J J

E-mail-Adresse

Familienstand

Aufenthaltsland

Staatsangehörigkeit

Pass- bzw. Ausweisnummer

Beruf

Abschnitt C Benennung der Begünstigten

Ich benenne folgende Person(en) als Begünstigte(n) im Todesfall der versicherten Person(en):

1. Begünstigter im Todesfall

Name, Vorname(n) Adresse

Zugesprochener Prozentsatz (nur ganze Ziffern)

Falls Sie weitere Begünstigte benennen möchten, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an und benennen Sie die Begünstigten auf einem separaten Blatt. Ja Nein

2. Falls Sie keine Begünstigten benennen, fällt der Plan im Todesfall den gesetzlichen Erben zu.

Abschnitt D Zahlungseinzelheiten

Prämie in Euro

€ (Mindestbetrag €15.000, Höchstbetrag €750.000, Prämien über €750.000 auf Anfrage)

Die Zahlung hat per Banküberweisung zu erfolgen.

Deutsche Bank: Deutsche Bank, Frankfurt am Main, Deutschland

Kontoinhaber: MGM International Assurance Ltd.

Kontonummer: 1770023 00

Swift-Code: DEUTDEFFXXX

Bankleitzahl: 500 700 10

IBAN: DE37 5007 0010 0177 0023 00

Währung: Euro

1. Wird der Betrag von Ihrem eigenen Konto überwiesen? Ja Nein
2. Sind Sie der Eigentümer des investierten Kapitals? Ja Nein

Wenn Sie eine der vorstehenden Fragen mit „NEIN“ beantwortet haben, geben Sie bitte folgende Informationen auf einem separaten Blatt an (dieses ist von dem Antragsteller zu unterzeichnen und zu datieren):

1. Titel, Nachname, Vorname(n), Geburtsdatum und Adresse des Kontoinhabers oder des Eigentümers der als Prämie zu zahlenden Kapitals.
2. Bitte geben Sie Ihr Verhältnis zu dieser Person sowie den Grund an, warum die Zahlung auf deren Rechnung erfolgt.

Bitte fügen Sie eine Kopie des Identitätsnachweises für diese Person bei, z.B. Pass oder Personalausweis.

Abschnitt E Kapitalentnahmeoption (Bitte kreuzen Sie die von Ihnen gewählte Option an)

Kapitalentnahmen Ja
Ich/wir nehme(n) regelmäßige automatische Kapitalentnahmen von bis zu 5% der ursprünglichen Prämie vor. Die Zuteilungsrate für meinen/unseren Plan beträgt 100%.

Kapitalentnahmen Nein
Ich/wir nehme(n) keine regelmäßigen automatischen Kapitalentnahmen während der ersten fünf Jahre vor. Die Zuteilungsrate für meinen/unseren Plan beträgt 101%.

Wenn „Ja“, Anfangsdatum angeben

T T M M J J J J

Enddatum (sofern zutreffend)

T T M M J J J J

Welchen Prozentsatz Ihrer Prämie möchten Sie jedes Jahr entnehmen?

%

Entnahmerhythmus V Vierteljährlich HJ Halbjährlich J Jährlich (Mindestbetrag €500 Euro)

Die Zahlungen werden direkt auf Ihr Bankkonto geleistet.

Swift-Code

Kontonummer

Kontoinhaber

IBAN

Name der Bank

Adresse

Abschnitt H Widerrufsrecht

Ausübung Ihres Widerrufsrechts

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen durch eine Erklärung in Textform (d.h. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, sobald Ihnen der Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen, das Produktinformationsblatt, der Versicherungsleitfaden und das separate Dokument mit der Überschrift „Spezifische Informationen zu Ihrer Police“ zugegangen sind.

Für die Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung Ihrer Widerrufserklärung. Wir stellen Ihnen keine Kosten für Ihren Widerruf in Rechnung.

Die Widerrufserklärung senden Sie bitte an folgende Adresse:

MGM International Assurance

25 St Stephen's Green, Dublin 2, Irland.

Oder per E-Mail an: info@mgm-international.ie

Rechtsfolgen des Widerrufs

Falls Sie Ihr Widerrufsrecht ausüben, endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil der Prämie, der auf die Zeit nach Zugang Ihrer Widerrufserklärung entfällt. Falls im Antragsformular vereinbart ist, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Anspruch auf den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang Ihrer Widerrufserklärung entfällt. Stattdessen (falls höher) zahlen wir den Rückkaufswert der Police am Widerrufstag (wobei keine Gebühr für frühzeitige Kapitalentnahme erhoben wird).

Sofern der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, erstatten wir Ihnen die gezahlte Prämie.

Wir leisten die Zahlung unverzüglich, jedoch spätestens innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt Ihrer Widerrufserklärung.

Ich/wir bestätige(n), dass wir über das Widerrufsrecht belehrt wurden. Ich/wir stimmen hiermit dem Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist zu.

Ort, Datum,

Ort, Datum,

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des zweiten Antragstellers (falls vorhanden)

Abschnitt I Erklärung Ihres Finanzberaters

Erklärung Ihres Finanzberaters

Ich/wir bestätige(n), dass ich/wir die Identität aller Antragsteller durch Eintragung der Pass- bzw. Ausweisnummer in Abschnitt A geprüft habe(n).

Beglaubigte Kopien der vorgelegten Nachweise (z.B. Pass oder Ausweis) liegen bei.

Ich/wir bestätige(n), dass der/die Antragsteller den Antrag in seinem/ihren eigenen Namen stellt/stellen.

Vollständiger Name des Finanzberaters

Unterschrift

Name

Datum

Ich verstehe, dass ich das Recht habe, meine Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen zu widerrufen. Wenn ich meine Vertragserklärung widerrufen möchte, übersende ich eine Mitteilung in Textform an MGM International Assurance Ltd.

Unterschrift des ersten oder einzigen Antragstellers

Unterschrift des zweiten Antragstellers (sofern vorhanden)

MGM International Assurance Limited, eingetragen in Irland unter der Nr.: 374680

Eingetragener Sitz der Gesellschaft: 25 St. Stephen's Green, Dublin 2, Irland

E-mail-Adresse: info@mgm-international.ie