

Zurück an:

myLife Lebensversicherung AG
 Versicherungsbetrieb
 Postfach 2064
 37010 GÖTTINGEN

Fax: 0551 9976-777
 E-Mail: service@mylife-leben.de

DEUTSCHLAND

Antrag auf eine Zuzahlung (Österreich)

Versicherungsnummer
 Name, Vorname
 Straße u. Haus-Nr.
 PLZ u. Wohnort

Geburtsdatum
 Beruf

<input type="checkbox"/>	Frau	<input type="checkbox"/>	Herr

Höhe und Verwendung der Zuzahlung

Ich beantrage eine Zuzahlung in **Höhe von:** _____ € inkl. Vers.-Steuer.

Verwendung der Zuzahlung:

Bei einer Zuzahlung wird der nach Abzug von Kosten für die Verwaltung des Vertrages verbleibende Teil entsprechend der für die Beitragszahlung aktuellen Aufteilung für das Deckungskapital und / oder für die in Ihrem Vertrag gewählten Fonds verwendet, wenn nichts anderes vereinbart wird.

Die Zuzahlung soll wie folgt verwendet werden:

_____ % des Sparanteils in das Deckungskapital

_____ % des Sparanteils in die Fondsanlage. Die Fondsaufteilung der Zuzahlung soll wie folgt verwendet werden:

Vollständiger Fondsname:	ISIN:	Anteile in %:

Gesamt: **100 %**

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Art der Zahlung

Die Zuzahlung erfolgt durch

- Überweisung auf folgende Bankverbindung:
 Commerzbank Göttingen, BIC: COBADEFXXX,
 IBAN: DE81 2604 0030 0614 4455 00
 Verwendungszweck: Versicherungsnummer und „Zuzahlung“
- Abbuchung zum nächsten Monatsersten von folgendem Konto:

Die myLife Lebensversicherung AG, Herzberger Landstr. 25, 37085 Göttingen hat die Gläubiger Identifikationsnummer: DE32ZZZ00000075538.

Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige die myLife Lebensversicherung AG einmalig eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der myLife Lebensversicherung AG auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name des Kreditinstituts

_____ | _____
BIC

_____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____
IBAN

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Identifizierung des Versicherungsnehmers

Zur Identifizierung durch den Vertriebspartner werden folgende Angaben des Versicherungsnehmers benötigt:

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Ausweisart: Personalausweis
 Reisepass

Ausweisnummer: _____

Gültig bis: _____

Ausstellende Behörde: _____

Die Identitätsprüfung erfolgte bei Anwesenheit des Versicherungsnehmers und Vorlage eines gültigen Originalausweises durch den Vertriebspartner.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Vertriebspartners

Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten, sofern der Versicherungsnehmer nicht auf eigene Veranlassung handelt.

Der Versicherungsnehmer handelt auf eigene Veranlassung, abweichend auf Veranlassung von

Vorname, Name und Geburtsdatum: _____

Vollständige Anschrift: _____

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Vertriebspartners