

**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			<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Straße u. Haus-Nr.		Geburtsdatum	
PLZ u. Wohnort		Beruf	

**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: COBADEFFXXX,  
 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

I\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
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