

**Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG****53288 Bonn**

Versicherung Nr.: _____

Versicherungsnehmer: _____

Telefonnummer Versicherungsnehmer für Rückfragen: _____

Ich beantrage hiermit (bitte ankreuzen)

 Beitragsänderung zum 1. _____ . _____ auf: _____ , _____ EUR;

Zahlweise wie bisher oder neu zur Hauptfälligkeit:

 1/1-jährlich 1/2-jährlich 1/4-jährlich 1/12-jährlich **einmalige Sonderzahlung** zum 1. _____ . _____ über: _____ , _____ EUR; **SEPA-Lastschriftmandat** (nicht bei AVWL)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60ZZZ00000023236

Ich/Wir ermächtige(n) die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN (IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder Ihrer EC-Karte; die deutsche IBAN ist immer 22 Stellen lang)

BIC

Name des Kreditinstituts

Name, Vorname bzw. Firmenbezeichnung der/des Kontoinhaber/s (wenn abweichend vom Versicherungsnehmer)

Kundenummer

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Datum, Unterschrift der/des Kontoinhaber/s

 AVWL, Dauerauftrag wird gem. Formular Antrag auf Überweisung AVWL in einen „Riester“-Vertrag eingerichtet. Bitte beifügen.

Hinweis: Falls der Arbeitgeber nicht den gesamten Beitrag zahlt, muss der Versicherungsnehmer den Teilbetrag überweisen oder einen Dauerauftrag einrichten.

Identifikation des Versicherungsnehmers nach GWG (zwingend erforderlich):

Personal- oder Reisepass-Nr.: _____

ausgestellt am: _____ auf: _____ durch: _____

und beglaubigte Kopie des Personalausweises beifügen.

