

**Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG**

50427 Köln

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: DE60ZZ00000023236

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) _____ Kundennummer _____

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.

