

Antrag auf zusätzliche Zahlung

Vertragsnummer

Versicherungsnehmer(in)

Titel: Herr Frau FirmaVorname: Name:

Zahlungsbetrag

Entsprechend den Allgemeinen Bedingungen für den oben genannten Vertrag möchte ich eine zusätzliche Zahlung vornehmen.

Zahlung:
(mind. EUR 750 bei
private und *basic*;
EUR 480 bei *business*)

Der Betrag für diese Zuzahlung stammt aus:

-
- Erbschaft
-
- Beruflichem Einkommen
-
-
- Sonstiges Bitte erläutern:

Der zusätzliche Einmalbeitrag wird in die gleiche Anlagestrategie investiert, wie im bereits bestehenden Vertrag derzeit vereinbart. Sollte im bereits bestehenden Vertrag die optionale Beitragsgarantie eingeschlossen sein, so gilt diese unter der Voraussetzung, dass die Restlaufzeit bis zum gewählten Rentenbeginnalter noch mindestens 12 Jahre beträgt, auch für diesen zusätzlichen Einmalbeitrag. Sollte die Restlaufzeit unter 12 Jahren liegen, kann die Annahme dieses Antrages nur ohne Beitragsgarantie für diesen zusätzlichen Einmalbeitrag erfolgen.

Selection of Friends: Liegt dem bestehenden Vertrag die Anlagestrategie Selection of Friends (indiv. Fondsauswahl) zugrunde, können Sie eine abweichende Fondsaufteilung vereinbaren.

Bitte wählen Sie Ihre Fondsaufteilung:

-
- gemäß bestehendem Vertrag
-
-
- gemäß Beiblatt (Selection of Friends Form)

Zahlungsweise

Banküberweisung von unten stehendem Konto auf folgendes Konto:

Empfänger: Friends Provident International, Konto 192 8683 008, BLZ 300 308 80

IBAN: DE45300308801928683008, BIC: TUBDDEDDXXX (Düsseldorf) bei der HSBC Trinkaus & Burkhardt Bank.

-
- Zahlung erfolgt vom bekannten Beitragskonto
-
- Zahlung erfolgt von diesem Konto:

Konto-Nr.: BLZ: Kreditinstitut/Ort: IBAN: BIC: *falls verfügbar*Kontoinhaber Name/Vorname
(wenn nicht Antragsteller): Geburtsort: Unterschrift
Kontoinhaber: Personalausweis Ausweis-Nr.: ReisepassAusstellungsdatum: Behörde:

TTMM.JJJJ

Seite 2 des Antrag auf zusätzliche Zahlung

Vertragsnummer

Unterschriften

Ich, der/die Versicherungsnehmer(in) bestätige, dass diese Änderung(en) auf meinen eigenen Wunsch zustande gekommen sind. Ich bestätige mit meiner Unterschrift diesen Antrag gelesen und verstanden zu haben.

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer(in)

Berater

Wir bestätigen, dass (a) wir die oben genannten Informationen über den Kunden erhalten haben; (b) der uns vorgelegte Nachweis zur Überprüfung der Identität des Kunden den Anforderungen unseres nationalen Geldwäschegesetzes zur Umsetzung der EU-Geldwäscheverordnung sowie den für diese Art von Geschäften oder Transaktionen allgemein gültigen Standards entspricht; (c) sofern der zugrundegelegte Nachweis zur Überprüfung der Identität des Kunden außerhalb Großbritanniens aufbewahrt wird, im Falle einer Ermittlung durch britische Vollzugsorgane oder Regulierungsstellen Kopien der relevanten Kundenunterlagen bei Vorliegen einer gerichtlichen Anordnung oder eines entsprechenden gegenseitigen Unterstützungsverfahrens in dem Maße zur Verfügung gestellt werden, in dem wir nach den örtlichen Vorschriften zur Aufbewahrung dieser Unterlagen verpflichtet sind.

Beraternummer

Name des Beraters

Adresse

Unterschrift Berater

E-Mail Berater

Mobilnummer Berater

Internes Kennzeichen

Registrierungsnummer:

-

-

-

Versicherer

Friends Provident International ist ein Handelsname der Aviva Life & Pensions UK Limited für Geschäftsaktivitäten außerhalb des Vereinigten Königreichs.

Aviva Life & Pensions UK Limited ist registriert in England unter der Registernummer 3253947. Hauptsitz: Aviva, Wellington Row, York, YO90 1WR. Die Gesellschaft ist zugelassen von der Prudential Regulation Authority und wird durch die Financial Conduct Authority sowie von der Prudential Regulation Authority reguliert. Die Firmenreferenznummer lautet 185896.

Friends Provident International ist eine registrierte Markenbezeichnung der Aviva group.

Niederlassung in Salisbury: United Kingdom House, Castle Street, Salisbury, Wiltshire SP1 3SH England. Tel.: +44(0) 1722 421 657 | Fax +44(0) 1722 332 005 | EMail: fp.int@friendsprovident.com

