

## Antrag auf eine Zuzahlung

für WeitBlick – Private Vorsorge, Deutschland

Standard Life Versicherung  
Lyoner Straße 9  
60528 Frankfurt/Main

**Schneller geht's per E-Mail: Senden Sie das unterschriebene Formular an [kundenservice@standardlife.de](mailto:kundenservice@standardlife.de)**

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer 1:	Versicherungsnehmer 2:
Titel, Vorname: _____	Titel, Vorname: _____
Nachname: _____	Nachname: _____
Straße: _____	Straße: _____
PLZ, Ort: _____	PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsdatum: _____
Vermittler-Nr.: _____	Vermittler-Nr.: _____

### Höhe und Termin

Ich beantrage/Wir beantragen eine Zuzahlung von

\_\_\_\_\_ Euro

zum 01. \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ (bitte wählen Sie einen Termin in der Zukunft aus).

Für die Zuzahlung, insbesondere auch für den Mindest-Zuzahlungsbetrag, gelten die dem Vertrag zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen.

### Zahlart

Ich werde/Wir werden den Zuzahlungsbetrag überweisen. (Verwendungszweck: Versicherungsschein-Nr. und „Zuzahlung“)

**SEPA-Lastschriftmandat**  
Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Standard Life Versicherung, Zweigniederlassung Deutschland der Standard Life International DAC, alle gegenwärtigen und künftigen Zahlungen (Beiträge, Zinsen und Gebühren) zu diesem Vertrag bei Fälligkeit von meinem/unserem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Die Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Standard Life Versicherung auf sein Konto gezogene/n Lastschrift/en einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir 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 \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber\*  
(Vorname, Name,  
Straße, Haus-nummer,  
PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

\*bei Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats sind Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers zwingend erforderlich.  
Unsere Gläubiger-Identifikations-Nr. lautet DE29SLV00002139558, die Mandatsreferenz teilen wir Ihnen nachträglich mit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber



**Angaben nach dem Geldwäschegesetz**

Falls es sich bei dem Versicherungsnehmer um eine natürliche Person handelt, benötigen wir eine beglaubigte Ausweiskopie.

Adresse, falls sie sich geändert hat

Falls es sich bei dem Versicherungsnehmer um eine juristische Person handelt, benötigen wir folgende Daten und einen aktuellen Auszug aus einem amtlichen Register.

Anschrift/Sitz Hauptniederlassung

Amtliche Register-Nr. (z.B. Handelsregisternummer)

Ort der Eintragung

Name und Anschrift der Inhaber Anteil  $\geq 25\%$  (und jeweils beglaubigte Ausweiskopien beilegen)<sup>1</sup>





Politisch exponierte Person?

 Ja

Bei börsennotierten Kapitalgesellschaften Name der Mitglieder des Vertretungsorganes (und jeweils beglaubigte Ausweiskopien beilegen)<sup>1</sup>



Der Antragsteller gibt an, er handelt auf

 eigene Veranlassung

 fremde Veranlassung für

Vorname, Name

Bei juristischen Personen als Antragsteller ergibt sich dies u.a. aus den Eigentums- und Kontrollstrukturen.

Bei fremder Veranlassung reichen Sie uns bitte eine beglaubigte Ausweiskopie vom wirtschaftlich Berechtigten/Zahlungsempfänger ein.

 Verwandtschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades

 Herr

 Frau

 Firma

Vorname, Nachname

Adresse

Geburtsdatum

Politisch exponierte Person?

 Ja

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Geburtsland

In welcher Beziehung steht Versicherungsnehmer zu der genannten Person?

Warum wurde diese Vertragskonstellation gewählt?

Register-Nr. und Ort der Eintragung

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Falls ein abweichender Beitragszahler vorliegt, reichen Sie uns bitte eine beglaubigte Ausweiskopie vom Beitragszahler ein.

Verwandtschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades

Herr

Frau

Firma

Vorname, Nachname

Adresse

Geburtsdatum

Politisch exponierte Person?

Ja

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Geburtsland

In welcher Beziehung steht Versicherungsnehmer zu der genannten Person?

Warum wurde diese Vertragskonstellation gewählt?

Register-Nr. und Ort der Eintragung

<sup>1</sup>Bitte bei Bedarf Zusatzblatt verwenden.

Woraus wird der Beitrag finanziert (Mehrfachnennung möglich)? Bitte Nachweis beifügen<sup>2</sup>.

Erbschaft

Ablaufleistung einer Versicherung

Versicherer: \_\_\_\_\_

Kapitalvermögen

Konto-/Depot-Nr. \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

andere Herkunft: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup>Ein Nachweis über die Mittelherkunft ist uns immer ab einem Zuzahlungsbetrag von 100.000 Euro einzureichen. Standard Life behält sich vor, einen Nachweis auch bei einem niedrigeren Betrag anzufordern.

Ich bestätige, dass ich eine aktuelle Kopie eines Ausweis- bzw. Reisepasses der identifizierten Personen im Original eingesehen, überprüft und dem Antrag beigefügt habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vermittler

## Wichtige Produkthinweise

### Ich beachte die folgenden Hinweise:

- Vor Investition meiner Zuzahlung fallen **Abschluss- und Vertriebskosten** an. Nach Investition meiner Zuzahlung in den oder die von mir gewählten Fonds werden auch diesem Anteil des Fondsvermögens bis zum Rentenbeginndatum **Verwaltungs-, Kapitalanlage- sowie Risikokosten** – falls für meinen Risikoschutz Kosten anfallen – entnommen. Gerne teilen Sie, Standard Life, mir die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten für die Zuzahlung vorab mit.
- Eine Zuzahlung kann bis einen Monat vor dem Rentenbeginndatum erfolgen.

Für den Fall, dass ich mich für einen Anlagewechsel oder eine Zuzahlung in einen der Fonds entscheide, bestätige ich durch meine Unterschrift, dass ich die dargestellten Fondsinformationen und Factsheets zur Kenntnis genommen habe.

Mir ist bewusst, dass

- Sie bei der Fondsauswahl keine Beratung oder Empfehlung vornehmen.
- die Gewinne oder Verluste von der Fondsauswahl abhängen und sich positiv oder negativ auf die Leistungen meines Vertrages auswirken.
- die Fonds weder eine Garantie noch einen Kapitalschutz enthalten.
- die Fonds unterschiedlichen Risikoklassen zuzuordnen sind und nicht alle Fonds meinen Kenntnissen und Erfahrungen angemessen und für meine Anlageziele geeignet sind.
- die Fondsentwicklung der Vergangenheit keine Schlussfolgerung auf die Zukunft zulässt.

Sie empfehlen mir, mich vor der Beauftragung der Zuzahlung durch meinen Versicherungsvermittler (Makler oder Versicherungsvertreter) beraten zu lassen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer 1  
(bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer 2  
(sofern vorhanden, bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter)