

## Antrag auf eine Zuzahlung

für SUXCESS und SUXCESS<sup>RDV</sup> – Deutschland

Standard Life Versicherung  
Lyoner Straße 15  
60528 Frankfurt/Main

**Schneller geht's per Fax: 0800 5892821 – kostenfrei**

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

Antragsteller/Versicherungsnehmer:	Vermittler
Titel, Vorname: _____	Vermittler: _____
Nachname: _____	Vermittler-Nr.: _____
Straße: _____	Register-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____	
Versicherte Person: _____	
Geburtsdatum: _____	

### Höhe und Termin der Zuzahlung

Ich beantrage eine Zuzahlung von

\_\_\_\_\_ Euro (mindestens 1.000 Euro)  
zum 01. \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ (bitte wählen Sie einen Termin in der Zukunft aus).

Für die Zuzahlung gelten die dem Vertrag zugrunde liegenden 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 Assurance Limited, 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 mein/unser 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 \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Straße,  
Hausnummer, PLZ, Ort)

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_

**Angaben nach dem Geldwäschegesetz**

Falls es sich bei dem Versicherungsnehmer um eine natürliche Person handelt, benötigen wir die folgenden Ausweisdaten.

Angaben zum Antragsteller     Gültiger Personalausweis     Gültiger Reisepass

Ausweis-Nr.        Ausstellungs-Datum   

Ausstellende Behörde (PLZ und Ort)   

Ausstellungsland   

Herr     Frau

Vorname, Nachname   

Adresse   

Geburtsort        Geburtsland   

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 ≥ 25 % (oder jeweils Ausweiskopien beilegen)<sup>1</sup>   

Bei börsennotierten Kapitalgesellschaften Name der Mitglieder des Vertretungsorganes (oder jeweils 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 tragen Sie bitte hier die Angaben zum wirtschaftlich Berechtigten/Zahlungsempfänger ein.

gültiger Personalausweis     gültiger Reisepass

Verwandtschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades

Ausstellungs-Nr.        Ausstellungs-Datum   

Ausstellende Behörde (PLZ und Ort)   

Ausstellungsland   

Herr     Frau     Firma

Vorname, Nachname   

Adresse   

Geburtsdatum        Politisch exponierte Person?     Ja

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

Geburtsort	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>		
In welcher Beziehung steht Versicherungsnehmer zu der genannten Person?	<input type="text"/>		
Warum wurde diese Vertragskonstellation gewählt?	<input type="text"/>		
Register-Nr. und Ort der Eintragung	<input type="text"/>		

Falls ein abweichender Beitragszahler vorliegt, bitte hier die Angaben zum Beitragszahler eintragen.

- gültiger Personalausweis       gültiger Reisepass  
 Verwandtschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades

Ausstellungs-Nr.	<input type="text"/>	Ausstellungs-Datum	<input type="text"/>
Ausstellende Behörde (PLZ und Ort)	<input type="text"/>		
Ausstellungsland	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Firma
Vorname, Nachname	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Politisch exponierte Person?	<input type="checkbox"/> Ja
Geburtsort	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>		
In welcher Beziehung steht Versicherungsnehmer zu der genannten Person?	<input type="text"/>		
Warum wurde diese Vertragskonstellation gewählt?	<input type="text"/>		
Register-Nr. und Ort der Eintragung	<input type="text"/>		

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

Wenn der Zuzahlungsbetrag 10.000 Euro oder mehr beträgt: 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.

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler

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

---

**Wichtige Produkthinweise**

---

**Bitte beachten Sie:**

- Eine Zuzahlung kann mit folgenden Fristen vor dem Rentenbeginndatum erfolgen:
  - bis zu einem Monat bei SUXCESS<sup>RDV</sup>
  - bis zu zwei Jahren bei SUXCESS mit Vertragsabschluss ab dem 01.01.2008
  - bis zu fünf Jahren bei SUXCESS mit Vertragsabschluss zwischen dem 01.04.2005 und 31.12.2007
- Eine Zuzahlung ist nicht möglich, wenn sich der Vertrag in Beitragsferien oder Beitragsfreistellung befindet.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer und ggf. Firmenstempel  
(bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person

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

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