

Versicherungsnehmer / versicherte Person

Vorname Name	Geburtsdatum
Anschrift: Straße, Postleitzahl, Ort	

- Ich bin aktuell **unmittelbar** zulagenberechtigt. Ich bin aktuell **mittelbar** zulagenberechtigt.
- In der Vergangenheit war ich irrtümlich als mittelbar zulagenberechtigt gemeldet, war jedoch unmittelbar zulagenberechtigt. Zur Sicherung meiner Zulagen möchte ich die hierfür notwendigen Beiträge der in der Tabelle angegebenen Jahre in Höhe des unter "mein Vorsorgebeitrag" eingetragenen Wertes nachzahlen:

Berechnung für das Jahr	2012 (Beispiel)				
Tatsächlicher Status: mittelbar / unmittelbar	unmittelbar				
Einkünfte aus dem Vorjahr	2011: 30.000				
hiervon 1% / 2% / 3% / 4%	1.200				
abzüglich Zulagen	154 + 300				
Mindestzulagenbeitrag p.a.	746				
Mein Vorsorgebeitrag p.a. (mindestens 60 Euro p.a.)	-----				

Eine Leistung aus einer nach § 10 a EStG geförderten Altersvorsorge ist steuerpflichtig.

- Ich bezahle ab dem

0	1	.			.	2	0	1
---	---	---	--	--	---	---	---	---

 einen monatlichen Beitrag von

Euro

- ab der nächsten Hauptfälligkeit einen jährlichen Beitrag von

Euro

- Zusätzlich zahle ich für das laufende Jahr einen einmaligen Beitrag von

Euro

- Bitte ziehen Sie die obigen Beträge von meinem Konto ein.
Zu diesem Zweck habe ich das ausgefüllte SEPA-Lastschriftmandat (Formular RL 4403) beigelegt.
- Ich werde für meinen obigen Vertrag zurzeit keine Beitragszahlung aufnehmen. Mir ist bekannt, dass hierdurch eine Zahlung von Zulagen in meinen Vertrag nicht möglich ist und Zulagen meines Partners eventuell nur anteilig gewährt werden.
- Ich beauftrage Sie, das vorhandene Guthaben entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen auf meinen Fördervertrag Nr. _____ bei _____ zu übertragen.
- Ich beauftrage Sie, meinen obigen Vertrag förderschädlich aufzulösen. Den Versicherungsschein habe ich im Original beigelegt. Überweisen Sie das vorhandene Restguthaben gemäß vertraglicher Vereinbarung auf mein Konto:

Name des Geldinstitutes	IBAN	BIC
-------------------------	------	-----

Steueridentifikationsnummer (bitte nicht vergessen!): _____

- In meinen obigen Vertrag sind bis heute weder Zulagen noch Eigenbeiträge geflossen. Ich möchte auch in Zukunft auf die Förderung verzichten. Aus diesem Grund soll der Vertrag aufgehoben werden.
- Sonstiges

Ort, Datum Unterschrift Versicherungsnehmer Unterschrift Partner Unterschrift Vermittler mit Agentur-Nr.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikations-Nr. **DE49ZZZ00000086872**

Dieses SEPA-Lastschriftmandat (Mandatsreferenz zu diesem Rahmenmandat wird Ihnen separat mitgeteilt) gilt für die Vereinbarung zu der/den Versicherung(en) mit:

Versicherungsnehmer Herr Frau Firma

Vorname Name
Straße und Hausnummer
Postleitzahl, Wohnort

zur Lastschrift

für alle Versicherungen des oben angegebenen Versicherungsnehmers bei der RheinLand Lebensversicherung AG

für Versicherungsschein-Nummer

für **Policendarlehenszinsen** zur Versicherungsschein-Nr.

Erklärung des Kontoinhabers

Ich ermächtige die RheinLand Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der RheinLand Lebensversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

ist identisch mit dem oben genannten Versicherungsnehmer (weiter mit Kontodaten)

ist abweichend vom Versicherungsnehmer (bitte zusätzl. Name und Anschrift des Kontoinhabers angeben)

Herr Frau Firma

Vorname Name
Straße und Hausnummer
Postleitzahl, Wohnort

Kontodaten

Name Kreditinstitut	
IBAN D E	BIC

Das Lastschriftmandat muss vom Kontoinhaber erteilt und unterschrieben werden.

Ort und Datum

RL 4403 10/2013

Unterschrift des KONTOINHABERS