

## 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: Aviva Life &amp; Pensions UK Limited, Konto 192 8683 008, BLZ 300 308 80

IBAN: DE45300308801928683008, BIC: TUBDDE33 (Düsseldorf) bei der HSBCTrinkaus &amp; Burkhardt Bank.

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

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

TTMM.JJJJ

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

Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company, a private company limited by shares.

Registered in Ireland No. 165970. Registered office at One Park Place, Hatch Street, Dublin 2, D02 E651, Ireland.

Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company, trading as Aviva Life & Pensions Ireland and Friends First, is regulated by the Central Bank of Ireland. Firm Reference Number C757.

Tel +353 (0)1 898 7950 www.olab.aviva.com

