

LV Anfrage für die Versicherungsgesellschaft



Versicherungsnehmer:

Name, Vorname:
 Straße:
 PLZ Ort:
 Geburtsdatum:

Versicherte Person:

VN = VP ja nein
 Wenn nein:
 Name, Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Versicherungsgesellschaft:

Versicherungsnummer:

Art der Versicherung Kapitallebensversicherung Direktversicherung/betriebliche Altersvorsorge
 Rentenversicherung fondsgebunden oder sonstige:.....

Beginn: **Ablauf:** **Ende der Beitragszahlung:**

Monat der Prämienhauptfälligkeit:..... **Zahlungsweise:** 1/12 1/4 1/2 1/1 Einmalbeitrag
 beitragsfrei seit/ab _____

akt. Prämienhöhe **Jahresprämie**..... **Jahresprämie**
 (bei Ausschluss der Zusatzversicherungen & Dynamik)

Prämienrückstand **Prämienstundung:** seit wann..... bis: Höhe:.....

Garantiezins% **Prämiendepot:** Höhe des Depots

Dynamik Ja Nein Höhe Dynamik-Satz% **Beitragsrabatt** Ja Nein Höhe%

Rückkaufswerte / Leistungen

Rückkaufswert inkl. Überschüsse zum 01. _____ € davon BWR €.....
 (ohne Abzug eines evtl. gewährten Policendarlehens)

./ Kapitalertragsteuer inkl. Solidaritätszuschlag €.....

Auszahlung €.....

Überzahlte Beiträge im Rückkaufswert enthalten? Nein Ja, in Höhe von €.....

Folgende Angaben bitte jeweils bei Ausschluss aller Zusatzversicherungen & Dynamik zur nächsten Hauptfälligkeit & ohne Abzug eines evtl. gewährten Policendarlehens & KeSt/Soli

Garantierte Leistung gemäß Police

voraussichtliche Gesamtleistung inkl. aller Überschüsse

Ablaufleistung bzw. Kapitalabfindung € _____ € _____

davon bereits garantiert (inklusive bereits zugeteilter Überschüsse) € _____

davon Schlussüberschussanteile € _____

davon Bewertungsreserven € _____

RKW brutto zur Hauptfälligkeit im aktuellen Jahr € _____

Leistung bei Beitragsfreistellung € _____

aktuelle Todesfalleistung zum 01. _____ € _____

Rechte Dritter Ja Nein Abtretung Pfändung unwiderrufliches Bezugsrecht

1. Rang Name Anschrift.....

Policendarlehen Ja Nein Höhe.....

Zusatzversicherungen BUZ UZV Sonstige keine kündbar zum

Ansprechpartner bei der Versicherung:

Tel.:

Fax:

Datum

Stempel und Unterschrift der Versicherung

Tel. Rückfragen bitte unter 00352-26 94 92. Wir bitten um Rückgabe per Post. Adresse: Partner in Life S.A. 9, rue Goell, L-5326 Contern / Luxemburg. Vielen Dank für Ihre Mühe!