

Anpassung des Beitrages zur FörderRente

Versicherungsnehmer: _____

Versicherungsnummer: _____

Der Beitrag zu meiner FörderRente soll ab dem (keine Rückdatierung bei FörderRente Invest und Index)

jährlich, halbjährlich, vierteljährlich, monatlich EUR betragen.

Einmalig soll zu meiner FörderRente zum eine Zuzahlung in Höhe von EUR erfolgen.

Die Beitragszahlung erfolgt durch **(bitte ankreuzen)!**

Überweisung auf das Konto der Barmenia Lebensversicherung a. G. mit der Nummer 920 009 bei der Stadtsparkasse Wuppertal (Bankleitzahl 330 500 00, IBAN DE12 3305 0000 0000 9200 09, BIC WUPSDE33).

Abbuchung vom bekannten Konto

Abbuchung von folgendem Konto

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Barmenia Lebensversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Gläubiger-ID: DE12ZZZ0000010326

Erklärung des Kontoinhabers: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt nur für die gewählte Versicherung.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Barmenia versendet spätestens 5 Tage vor dem ersten Abruf eine Mitteilung über Abbuchungsbetrag, Fälligkeitstermine und Mandatsreferenznummer.

IBAN	<small>Bankleitzahl</small>	<small>Konto-Nr. (max. 10 Stellen)</small>	BIC (8 oder 11 Stellen)	Name des Kreditinstitutes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kontoinhaber: Antragsteller oder: Ehepartner: **Vor- und Nachname, Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort:** **Unterschrift des Kontoinhabers**

Die Überprüfung der angegebenen Kontodaten erfolgte durch Sichtung der EC-Karte o. ä. Dokumente. nein ja

Unterschrift des Vermittlers:

Bei abweichendem Beitragszahler füllen Sie bitte im Formular "Identifizierungsnachweis nach dem Geldwäschegesetz/Versicherungsaufsichtsgesetz" (L2136) den Abschnitt "Informationen zum abweichenden Beitragszahler" aus.

Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	BD/MD	Vermittler
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>