

Anschrift und Stempel des Versicherungsunternehmens

Name und Telefon der zuständigen Sachbearbeitung

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

**Bestätigung der Vertragsdaten durch die Hauptverwaltung des Versicherungsunternehmens**

Personenkennziffer (PK) oder Geburtsdatum

Name des Zivildienstleistenden (ZDL)

Versicherungsvertrag	1. Vertrag	2. Vertrag	3. Vertrag
Versicherungsart	<input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> BU <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> BU <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> BU <input type="checkbox"/> _____
Vertrag nach dem Vermögensbildungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Versicherungsnummer			
ggf. Zertifizierungsnummer			
Datum der Antragstellung			
Ausfertigung des V-Scheins am			
Vertragsänderungen in den letzten 12 Monaten vor Zivildienstbeginn	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende _____
ZDL ist Versicherungsnehmer seit			
ZDL ist versicherte Person seit			
ZDL ist Bezugsberechtigter im Erlebensfall seit			
Versicherungsbeginn			
Versicherungsende			
Teilauszahlungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab: _____
Ablauf- bzw. Abrufphase	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab: _____
Beitragsfreistellung/-stundung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> 1/ jährl.	<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> 1/ jährl.	<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> 1/ jährl.
Dynamisierung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beitragshöhe bei Beginn des Zivildienstes in EUR			
Gesamtbetrag der vom Versicherungsnehmer/ ZDL für die letzten 12 Monate vor Zivildienstbeginn eingezahlten Beiträge	vom		
	bis		
	EUR		

**Die Erstattung der Beiträge soll an folgende Bankverbindung überwiesen werden:**  
(Hinweis: Eine Zahlung an den Zivildienstleistenden ist nicht möglich!)

Verwendungszweck der Zahlung	Empfänger
Kreditinstitut	Kontonummer
	Bankleitzahl

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel der Versicherungsgesellschaft - Hauptverwaltung -