

Bitte zurück an:

HDI Lebensversicherung AG
50580 Köln

oder per

E-Mail an: leben.service@hdi.de

Fax an: +49 221 144-3833

Zuzahlung im Jahr 2022 zu Ihrer privaten Altersvorsorge

Versicherungsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Versicherungsnehmer (VN)

☐ w ☐ m Name Vorname Straße Haus-Nr. PLZ Ort Tel.-Nr. E-Mail

Zuzahlung

Betrag Ihrer Zuzahlung

 EUR

Termin der Zuzahlung

 0 1 2, 0 2 2
Tag Monat Jahr

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

Das Geldwäschegesetz (GwG) verpflichtet uns, unsere Vertragspartner oder für sie auftretende Personen zu identifizieren. Bereits vorhandene Angaben sind anlassbezogen zu aktualisieren.

Bitte fügen Sie eine gut lesbare Kopie Ihres gültigen Personalausweises (Vorder- und Rückseite) oder Ihres Reisepasses bei.

Dies gilt auch für Personen, die den Versicherungsnehmer vertreten und für wirtschaftlich Berechtigte. Die im Zusammenhang mit der Identifizierung erhobenen Daten und die Ausweiskopie verwenden wir ausschließlich, um unsere gesetzlichen Sorgfaltspflichten nach dem GwG zu erfüllen.

☐ Die Zuzahlung erfolgt durch den Versicherungsnehmer.☐ Die Zuzahlung erfolgt **nicht** durch den Versicherungsnehmer, sondern durch eine dritte Person.

Bitte vervollständigen Sie auf der Rückseite noch die „Erklärung zur Identifikation des abweichenden Einzahlers“.

Bitte machen Sie nähere Angaben zur Herkunft des Geldes, wenn der Betrag der Zuzahlung über 15.000 EURO liegt:

☐ Laufendes
Einkommen☐ Laufender
Ertrag☐ Ersparnisse /
Vermögen☐ Erbschaft☐ Veräußerung /
Veräußerungsgewinne☐ Ablaufende Lebens- /
Rentenversicherungen☐ Sonstige belegbare Herkunft (bitte weitere Angaben):

Hinweis: Es kann erforderlich sein, dass wir weitere Informationen zu den wirtschaftlichen Verhältnissen und aller am Vertrag Beteiligter einholen müssen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Ist der Versicherungsnehmer, dessen Familienmitglied oder eine ihm bekanntermaßen nahestehende Person eine politisch exponierte Person?

☐ nein ☐ ja

Ist der Dritte, der zahlt oder auf dessen Veranlassung gezahlt wird, eine politisch exponierte Person?

☐ nein ☐ ja

Haben Sie eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet? Nennen Sie uns dann bitte den Namen der Person, das ausgeübte Amt und in welchem Zeitraum dieses ausgeübt wurde. In welchem Verhältnis stehen Sie zum Amtsträger?

Politisch exponierte Personen im Sinne des GlG sind Personen, die ein politisch hochrangiges wichtiges öffentliches Amt auf internationaler oder nationaler Ebene ausüben oder ausgeübt haben. Oder Personen, die ein öffentliches Amt auf nationaler Ebene, dessen politische Bedeutung vergleichbar ist, ausüben oder ausgeübt haben. Dazu zählen auch deren Familienmitglieder und die ihnen bekanntermaßen nahestehenden Personen.

Politisch exponierte Personen sind zum Beispiel: Staatschefs, Regierungschefs, Minister, Mitglieder der Europäischen Kommission, stellvertretende Minister und Staatssekretäre, Parlamentsabgeordnete und Mitglieder vergleichbarer Gesetzgebungsorgane, Mitglieder der Führungsgremien politischer Parteien, Mitglieder von obersten Gerichtshöfen, Verfassungsgerichtshöfen oder sonstigen hohen Gerichten, Botschafter, Verteidigungsattachés, Mitglieder von wichtigen staatlichen Organen wie Rechnungshöfen, Leitungsorgane von Zentralbanken oder Führungsorgane staatlicher oder zwischenstaatlicher Organisationen/Unternehmen.

Zahlungsart

☐ **Ich zahle mit SEPA-Lastschriftmandat**
(Nur möglich, wenn Sie auch bisher per Lastschrift zahlen!)

Bitte buchen Sie die Zuzahlung von dem Ihnen bekannten Konto ab. Die Abbuchung erfolgt von dem selben Konto, von dem auch die Beiträge gezahlt werden. Weist das Konto nicht die erforderliche Deckung auf? Dann besteht von der kontoführenden Bank keine Verpflichtung zur Einlösung des Betrags.

Zahlungsgläubiger:
HDI Lebensversicherung AG

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE74ZZZ00000051890

☐ **Ich überweise auf das Konto der HDI Lebensversicherung AG**
(Gilt auch für ehemalige ASPECTA Lebensversicherungsverträge!)

Deutsche Bank AG Köln,
IBAN: DE67 3707 0060 0112 8222 00,
BIC: DEUTDE33HAN

Bitte unter Verwendungszweck angeben: Vertragsnummer, Zuzahlung,
Name Versicherungsnehmer

Wichtige Hinweise

Eine eventuell eingeschlossene Zusatzversicherung wird durch die Zuzahlung nicht erhöht. Die Zuzahlung muss zum Monatsersten auf unserem Konto eingegangen sein, ansonsten wird sie Ihrem Vertrag zum darauffolgenden Monatsersten gutgeschrieben. Es gelten die Versicherungs- und Tarifbestimmungen Ihres Vertrages.

Erklärung zur Identifikation des abweichenden Einzahlers

Legitimation abweichender Einzahler

Wird die Zuzahlung von einer **anderen Person** als dem Versicherungsnehmer gezahlt? Dann füllen Sie bitte die Felder aus.
Einzahler der Zuzahlung (wirtschaftlich Berechtigter) ist:

☐ w ☐ m Name _____ Vorname _____
Straße _____ Haus-Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

ausgewiesen durch (Legitimation des wirtschaftlich Berechtigten):

☐ gültiger Personalausweis ☐ gültiger Reisepass Ausweis-Nr. _____
Ausweis gültig bis _____ Ausstellende Behörde _____
Geburtsort _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Geburtsland _____

Bitte fügen Sie eine gut lesbare Kopie Ihres gültigen Personalausweises (Vorder- und Rückseite) oder Ihres Reisepasses bei.

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz (Einzahler)

Nach dem Geldwäschegesetz müssen wir den **wirtschaftlich Berechtigten** erfragen, wenn dieser nicht der Versicherungsnehmer ist. In welchen Fällen ist der Versicherungsnehmer nicht der wirtschaftlich Berechtigte? Zahlt zum Beispiel jemand anderes als der Versicherungsnehmer die Zuzahlungsbeiträge? Ist der abweichende Beitragszahler bzw. Einzahler eine natürliche Person? Dann bitten wir Sie um folgende Angaben:

In welchem Verhältnis steht der Einzahler (wirtschaftlich Berechtigte) zum Versicherungsnehmer?

☐ Ehepartner / eingetragener Lebenspartner;
eine gemeinsame steuerliche Veranlagung liegt vor. ☐ Eltern (Vater, Mutter) ☐ Großeltern (Großvater, Großmutter)
☐ Sonstige (bitte weitere Angaben): _____

Ist der Einzahler (wirtschaftlich Berechtigte) eine juristische Person
(z.B. Kapitalgesellschaft, Personengesellschaft, Stiftung)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, benötigen wir von Ihnen weitere Angaben.
Dazu erhalten Sie von uns ein separates Formular.

Unterschriften

Ort/Datum _____

Unterschrift 
Versicherungs-
nehmer bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter (i.d.R. beide Elternteile)

Ort/Datum _____

Unterschrift 
Einzahler bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter (i.d.R. beide Elternteile)