

1. Bitte drucken Sie das anliegende Formular aus und schicken es befüllt und unterschrieben zurück an:

ACM Lebensversicherung AG
Vorsorge Verwaltungsservice
Postfach 16 51
77606 Offenburg

2. Nach erfolgter Prüfung werden wir Sie informieren.



Versicherungen

ACM Lebensversicherung AG
Vorsorge Verwaltungsservice
Postfach 16 51
77606 Offenburg

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

Name des Versicherungsnehmers: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Kontakt E-Mail oder Tel.: _____

Produktname: _____

Versicherungsscheinnummer: _____

Ich erkläre, dass ich zu meinem Versicherungsvertrag

☐ **einen Beitrag von _____ EUR mit folgender Zahlungsweise zahlen möchte** (Bitte achten Sie auf die Beitragsregeln in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen):

☐ Monatlich ☐ Vierteljährlich ☐ Halbjährlich ☐ Jährlich

Ab dem: _____

☐ **Beitragsdynamik (3%):**

☐ Nein ☐ Ja - Ab der nächsten Hauptfälligkeit des Vertrags

☐ **Fondsauswahl (für Privat-Rente Invest)**

Bitte investieren Sie meine Beiträge wie folgt:

Fondsname	ISIN	Aufteilung in EUR	Aufteilung in %
Gesamt			

☐ **Bankkonto**

Die Zahlungen sollen von folgendem Bankkonto abgebucht werden:

Persönliche Daten und Bankverbindung des Beitragszahlers	
Persönliche Daten	Titel: _____
	Name: _____
	Geburtsname: _____
	Vorname: _____
	Geburtsdatum: _____
	Geburtsland, -ort: _____
	Steuerwohnsitz: _____
	Nationalität: _____
	Straße, Hausnr.: _____
	Postleitzahl: _____ Ort: _____
Bankverbindung	IBAN: _____
	BIC: _____

Wenn der Beitragszahler nicht der Versicherungsnehmer ist:

Verhältnis zum Versicherungsnehmer: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum

Unterschrift des Beitragszahlers