

Bitte zurück an:

Skandia Lebensversicherung AG
Postfach 210150

10501 Berlin

oder per Fax an: +49 61 02 833 34 63

Auszahlungsverfügung

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____

Bitte geben Sie an, aus welchem Anlass diese Auszahlungsverfügung eingereicht wird.

Originalversicherungsschein (erforderlich bei Kapitalauszahlung)

Hiermit erkläre ich, dass keinerlei Rechte und Ansprüche aus diesem Lebensversicherungsvertrag abgetreten oder verpfändet sind. Sollte der Original-Versicherungsschein wieder in meinen Besitz gelangen, verpflichte ich mich, keine Rechte daraus abzuleiten oder irgendeinen Gebrauch davon zu machen, wodurch einem Dritten ein Rechtsanspruch gegen mich oder den Versicherer übertragen werden soll.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte geben Sie für Auszahlungen nachfolgend **Ihre** Bankverbindung an:

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Institut _____

Steueridentifikationsnummer (11-stellig) _____

Telefonnummer für mögliche Rückfragen bitte angeben: _____

Sofern Sie uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt haben, erlischt diese mit dem Ablauftermin. Sollte die Beitragszahlung per Dauerauftrag erfolgen, bitten wir Sie diesen termingerecht zu löschen. Beachten Sie bitte, dass die Änderung eines widerruflichen Bezugsrechts nur bis zum Ablauftermin möglich ist. Bei einer späteren Änderung ist die Zustimmung des bzw. der Bezugsberechtigten erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift