

Antrag auf Ausübung der ISP-Option

Exklusiv für



Heidelberger Lebensversicherung AG
Postfach 103969
69029 Heidelberg

Versicherungsnehmer: _____

Vertragsnummer: _____

Hiermit beantrage ich zum: 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | _____ folgende Änderung:
Tag Monat Jahr

1. Erhöhung des Todesfallschutzes

auf _____ Euro*

in Verbindung mit einer

- Darlehensaufnahme bei einer inländischen Bank von mind. 45.000 Euro für den Erwerb von eigengenutztem Wohneigentum sowie von fremd oder gewerblich genutzten Immobilien
- Existenz- und/oder Praxisgründung

* Maximal 300.000 Euro Gesamttodesfallleistung aller bei der Heidelberger Lebensversicherung AG bestehenden Verträge und maximal 80 % des Darlehensbetrags

2. Einschluss oder Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente

in Höhe von/auf _____ Euro jährlich**

in Verbindung mit einer

- Darlehensaufnahme bei einer inländischen Bank von mind. 45.000 Euro für den Erwerb von eigengenutztem Wohneigentum sowie von fremd oder gewerblich genutzten Immobilien
- Existenz- und/oder Praxisgründung

** Maximal 8% des Darlehensbetrags p.a. auf eine maximale jährliche Rente in Höhe von 18.000 Euro

3. Kostenfreie Entnahme aus dem Fondsguthaben

in Höhe von _____ Euro jährlich***

im Zusammenhang mit einer/dem

- Eigenkapitalleistung bei Aufnahme eines Darlehens bei einer inländischen Bank von mind. 45.000 Euro
- Ende der Zinsbindungsfrist des Darlehens

*** Mind. 5.000 Euro Entnahme, verbleibendes Fondsguthaben muss mind. 3.000 Euro betragen.

Nachweise

Die nachfolgend aufgeführten Nachweise sind dem Antrag beigefügt:

- Kopie des Darlehensvertrags (zu 1, 2 oder 3)
- Gründungsnachweis, z. B. Auszug aus dem Gewereregister, Praxis-Kaufvertrag (zu 1 oder 2)
- Nachweis über die Nutzung der Immobilie (zu 1 oder 2)
- Einkommensnachweis (zu 2)
- Nachweis über eine Eigenkapitalleistung (zu 3)

Hiermit erkläre ich, dass zu meinem Vertrag kein Antrag auf Beitragsfreistellung gestellt wurde. Des Weiteren ist keine Berufsunfähigkeit eingetreten bzw. es wurde kein Antrag auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung gestellt.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Antragstellers

X

Unterschrift des MLP-Beraters