

| | |
|--|------------------|
| | |
| Name, Vorname, Geburtsdatum des/der Auszubildenden | Förderungsnummer |

Zusatzblatt zum Formblatt 1

B e s c h e i n i g u n g

| | |
|---|------------------------------|
| Versicherungsnehmer: | |
| Versicherte Person: | |
| Vertragsnummer: | |
| Beginn der Versicherung: | |
| Gesamtsumme der bis zum _____ (Tag der Antragstellung) eingezahlten Beiträge: | |
| Rückkaufswert zum _____ (Tag der Antragstellung): | |
| (Wahlweise) Kapitalauszahlung möglich: | Ja Nein |
| Ausschließlich auf Rentenzahlung ausgerichtet: | Ja Nein |

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des bestätigenden
Versicherungsunternehmens