

Anforderungsformular

Gesundheitskonto zur Beitragsentlastung im Alter

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

E-Mail-Adresse, Telefonnummer:

Geburtsdatum

Sie haben die Wahl zwischen einer lebenslangen monatlichen Zuwendung oder einer Kapitalauszahlung. Wie sich Ihre Beiträge entwickeln können, haben wir Ihnen in der beiliegenden Tabelle zusammengestellt:

Eintrittsalter	Monatsbeitrag 100,00 €		Monatsbeitrag 150,00 €		Monatsbeitrag 200,00 €	
	monatliche Zahlung*	Kapital-auszahlung*	monatliche Zahlung*	Kapital-auszahlung*	monatliche Zahlung*	Kapital-auszahlung*
25	656,41	172.906,20	1.019,02	268.423,68	1.386,05	365.103,07
26	614,77	161.462,03	954,19	250.607,70	1.297,77	340.845,70
27	575,48	150.696,93	893,04	233.852,36	1.214,51	318.034,70
28	538,42	140.570,44	835,35	218.094,32	1.135,99	296.583,63
29	503,45	131.044,48	780,94	203.274,06	1.061,92	276.411,24
30	470,45	122.083,26	729,62	189.335,57	992,06	257.441,14
31	441,09	114.111,24	683,85	176.913,40	929,70	240.517,72
32	413,27	106.583,81	640,51	165.188,59	870,67	224.547,49
33	386,92	99.476,14	599,48	154.121,98	814,79	209.476,80
34	361,96	92.764,78	560,62	143.676,64	761,88	195.255,02
35	338,31	86.427,60	523,82	133.817,69	711,78	181.834,39
36	315,66	80.380,55	488,60	124.417,46	663,85	169.043,45
37	294,44	74.733,99	455,61	115.640,03	618,95	157.099,88
38	274,33	69.402,13	424,36	107.355,31	576,44	145.829,13
39	255,28	64.367,38	394,75	99.535,62	536,17	135.193,34
40	237,21	59.613,14	366,71	92.154,85	498,03	125.156,72
41	219,91	55.077,36	339,85	85.118,76	461,53	115.592,76
42	203,68	50.840,78	314,68	78.547,40	427,32	106.660,70
43	188,30	46.840,12	290,83	72.344,80	394,90	98.231,82
44	173,71	43.062,18	268,22	66.490,25	364,18	90.277,77
45	161,47	39.888,45	249,24	61.572,11	338,41	83.598,60
46	148,12	36.463,81	228,58	56.271,79	310,36	76.402,06
47	135,60	33.264,34	209,20	51.320,72	284,04	69.680,09
48	123,72	30.244,52	190,83	46.649,97	259,11	63.340,30
49	112,45	27.392,45	173,41	42.240,92	235,46	57.357,23
50	102,82	24.957,79	158,52	38.478,22	215,27	52.253,57

*Angenommene Wertentwicklung 6% p.a.; Einzahlungen bis zum 65. Lebensjahr; Angaben in Euro

Bitte bereiten Sie die Eröffnung meines persönlichen Gesundheitskontos vor. Ich möchte monatlich

100 Euro	150 Euro	200 Euro	Anderer Betrag (mind. 50,00 €):	Euro
----------	----------	----------	---------------------------------	------

in meine Gesundheit investieren.

Ort, Datum

Unterschrift

Senden an:

Dr. Walter GmbH
Privatkunden
Eisenerzstraße 34
DE-53819 Neunkirchen-Seelscheid

Phone: +49 / 2247 9194 0
Fax: +49 / 2247 9194 304
Email: privatkunden@dr-walter.com