

Antrag auf Private Rente im Kollektivvertrag mit Versorgungswerken

Angebotsanfrage zur Privaten Rente im Kollektivvertrag mit Versorgungswerken

Mit der Unterzeichnung der gewünschten Angebotsanfrage bitten Sie die IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe, Ihnen unverbindlich ein Versicherungsangebot zukommen zu lassen. Dieses Angebot können Sie innerhalb von vier Wochen nach Zugang bei Ihnen annehmen. Die Erstellung des Angebotes ist für Sie kostenlos.

Belegnummer 13642	Versicherungsnummer	RINR (s. Seite "Intern")
Bereits Kunde? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherungs-/Kundennummer:	

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

1 Antragsteller (Versicherungsnehmer)/Anfragender

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname, Geburtsname (mit Komma trennen)	Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit	Familienstand
	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)			Wohnsitzland
	Berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> voll berufstätig,	Art des Betriebes, der Branche		Bruttojahresumsatz EUR
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer	überwiegend tätig: <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> kaufmännisch/leitend		Steuer-Identifikationsnummer

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe*, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine **Kontaktdaten** aus diesem Antrag/dieser Anfrage für die Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der **regelmäßigen Kundenbetreuung** nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen diesen Vertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* gerichtet sind. Mein Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Bitte ausfüllen**	Telefonnummer <input type="checkbox"/> ja	Telefaxnummer <input type="checkbox"/> ja	E-Mail <input type="checkbox"/> ja	Mobilfunknummer <input type="checkbox"/> ja
-------------------	--	--	---------------------------------------	--

* Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: siehe Merkblatt zur Datenverarbeitung ** Freiwillige Angaben

2 Versicherte Person, falls nicht Versicherungsnehmer

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname, Geburtsname (mit Komma trennen)	Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit	Familienstand
	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)		Wohnsitzland	Steuer-Identifikationsnummer
	Berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> voll berufstätig,	Art des Betriebes, der Branche		
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Hausfrau/nicht berufstätig	überwiegend tätig: <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> kaufmännisch/leitend		

2.1 Mitversicherte Person bei Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (HRZ)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname, Geburtsname (mit Komma trennen)	Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit
	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)		Ausland

2.2 Mitversicherte Kinder bei Einschluss einer Waisenrenten-Zusatzversicherung (WRZ)

Kind	männl.	weibl.	Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

3 Versicherungsumfang/gewünschter Versicherungsumfang - siehe Erläuterungen

Antragstellung/Angebotserstellung über Kollektivvereinbarung: _____
(GPNR: _____ / _____): Der Antragsteller/Anfragende bestätigt, zum berechtigten Personenkreis zu gehören (ggf. Mitgliedschaft beantragt).

Hauptversicherung

Produkt	Produktgruppe	Mit Beitragsrückgewähr (nicht bei sofort beginnender Rentenzahlung) <input type="checkbox"/> Ausschluss Beitragsrückgewähr	Rentengarantiezeit in Jahren	Todesfallleistung im Rentenbezug: Versicherungsdauer in Jahren	Rentenzahlung monatlich oder <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Altersrente in EUR gemäß Rentenzahlungsweise
	Classic (334)			oder		
Beitragszahlungs-/ Versicherungsbeginn	Rentenbeginn Datum	Alter oder	Abweichende Beitragszahlungs- Dauer Endalter oder	Zahlung des Jahresbeitrages in ... Raten <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> 1/4-j. <input type="checkbox"/> 1/2-j. <input type="checkbox"/> 1/1-j.	Einmal- beitrag	Gesamtbeitrag in EUR (Beitragsrate bzw. Einmalbeitrag)

Ich stimme zu, dass in Abweichung zu § 33 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 VVG der Versicherungsschutz nicht erst beginnen und der Erst- oder einmalige Beitrag nicht erst fällig sein soll mit Ablauf der 30-tägigen Widerrufsfrist, sondern unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem beantragten/gewünschten Beginn der Versicherung.

Überschussverwendung: Es gilt die jeweilige Standardvereinbarung, sofern nicht eine der Alternativen angekreuzt ist.

Während der Ansparzeit: Gewinnbonus <input type="checkbox"/> Fondsanlage (gilt auch für eine mitver- einbarte Zusatzversicherung)	Ab Beginn der Rentenzahlung: Bonusrente <input type="checkbox"/> Bonusrente mit Sockel	Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung: Beitragsverrechnung (2010)	Hinterbliebenen- bzw. Waisenrenten-Zusatzversicherung: wie Hauptversicherung
--	---	--	--

Bei Fondsanlage die Anlagefonds:	<input type="checkbox"/> HANSAdynamic Class S Anteil _____ %	<input type="checkbox"/> HI Topselect W Anteil _____ %	Falls keine Prozentsätze angegeben sind, werden die Anteile gleichmäßig auf die gewählten Fonds verteilt.
	<input type="checkbox"/> HANSAcentro Class S Anteil _____ %	<input type="checkbox"/> HI Topselect D Anteil _____ %	

Zusatzversicherungen

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ und PBUZ), Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ)

<input type="checkbox"/> BUZ	Berufsgruppe	<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung	– falls abweichend von der Hauptversicherung –							
<input type="checkbox"/> Premium BUZ (PBUZ)		<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatl. Rente	<input type="text"/>	EUR	Beitragszahlungs-Dauer	Endalter	Versicherungs-Dauer	Endalter	Leistungs-Dauer	Endalter
<input type="checkbox"/> EUZ		<input type="checkbox"/> mit verlängerter Leistungsdauer der Beitragsbefreiung			oder		oder		oder	

Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (HRZ)		Waisenrenten-Zusatzversicherung (WRZ)	
<input type="text"/>	% der Altersrente	<input type="text"/>	% der Altersrente je versichertem Kind
		Die Waisenrente ist für die unter Ziffer 2.2 eingetragenen Kinder bis Endalter <input type="text"/> versichert. Standard: Endalter 18 Jahre	

Hinweis: Hinterbliebenenrenten- und Waisenrenten-Zusatzversicherung nicht möglich bei Einschluss einer Todesfallleistung im Rentenbezug.

Dynamik – nur bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung

Beitragsdynamik
 Jährliche Erhöhung des zuletzt gültigen Beitrages um einen festen Prozentsatz %.

Ausschluss Dynamik

4 Bezugsberechtigung, Nachweis, Kontoverbindung

<p>Sofern nichts anderes bestimmt wird, ist bezugsberechtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu Lebzeiten der versicherten Person: der Versicherungsnehmer; - beim Tode der versicherten Person: 1. der überlebende Ehegatte oder Lebenspartner, mit dem die versicherte Person im Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet war bzw. eine eingetragene Lebenspartnerschaft unterhielt, 2. die Kinder zu gleichen Teilen, 3. die Eltern, 4. die Erben (in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten). - für eine etwa eingeschlossene Hinterbliebenenrente: die mitversicherte Person. - für eine etwa eingeschlossene Waisenrente: die mitversicherten Kinder. 	<p>Anderenfalls ist bezugsberechtigt (namentlich bezeichnen, ggf. auch Geburtsname)</p> <p>zu Lebzeiten der versicherten Person</p> <p>beim Tode der versicherten Person (auch für eine etwaige Hinterbliebenen- bzw. Waisenrente)</p>
---	---

Bei sofort beginnender Rente:
 Die Geburtsdaten der versicherten Personen sind durch eine Geburtsurkunde, Heiratsurkunde u. Ä. zu belegen.
 Anschrift und Kontoverbindung für die Rentenzahlung:

Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ Wohnort sind mit Komma zu trennen)		
Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut, Ort

5 Lastschrift einzug (gilt nur im Falle des Zustandekommens eines Vertrages)

Sofern zu meinem Antrag/meiner Anfrage ein Vertrag zustande kommt, sollen die Beiträge bis auf Widerruf jeweils zum Ersten des Fälligkeitsmonats von meinem Konto eingezogen werden.

Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut, Ort
Name des Kontoinhabers, wenn Antragsteller nicht Kontoinhaber	(wenn Jahresbeitrag mehr als 1.000 EUR oder Einmalbeitrag mehr als 2.500 EUR, bitte Teil A GwG mit VN-Daten ausfüllen)	Unterschrift (nur wenn Kontoinhaber nicht Antragsteller)

6 Vorversicherung, Arbeitsfähigkeit - nur erforderlich bei Einschluss einer Zusatzversicherung

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen nachfolgend in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Falls Sie die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder die Anfechtung zu erklären, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Einzelheiten dazu finden Sie in der auf Seite 4 vor dem Abschnitt mit den Unterschriften abgedruckten Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG.

Fragen an die versicherte Person

<p>6.1 Wurden in den letzten 5 Jahren bereits Anträge auf Lebens-, Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherungen bei anderen Versicherungen zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Wenn ja, bei welcher Versicherung? Bitte ggf. Versicherungsnummer angeben.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>6.2 Beziehen oder bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt? Wenn ja, seit wann und aus welchen Gründen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>6.3 Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja: Wann und weshalb?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>6.4 Sind Sie voll arbeitsfähig?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

Bei Einschluss einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente oder Überschreitung der Summengrenzen ist eine Gesundheitserklärung und Angaben zur beruflichen Tätigkeit (bei Antrag: Formular-Nr. 22002xx/bei Angebotsanfrage: 22012xx) erforderlich.

7 Sonstiges

Erklärungen des Versicherungsnehmers und der versicherten Person zum Antrag

Einwilligung in die Verwendung Ihrer Daten in besonderen Fällen

Gesundheitsdaten

Risikobeurteilung Vertragsschluss

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtenbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Der Versicherer wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann die Erstellung des gewünschten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Der Versicherer wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde.

Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler/Makler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler/Makler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler/Makler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Erklärungen des Anfragenden und der zu versichernden Person zur Angebotsanfrage

Einwilligung in die Verwendung Ihrer Daten in besonderen Fällen

Gesundheitsdaten

Risikobeurteilung Vertragsschluss

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor der Angebotsanfrage/der Abgabe meiner Vertragserklärung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Angebotsanfrage/der Abgabe meiner Vertragserklärung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtenbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Der Versicherer wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann die Erstellung des gewünschten Angebotes zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Der Versicherer wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde.

Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus meiner Angebotsanfrage oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe meine allgemeinen Angebotsanfrage-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler/Makler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler/Makler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler/Makler meine allgemeinen Angebotsanfrage-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Angebotsanfrage vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Erklärung des Versicherungsnehmers/des Anfragenden zum Geldwäschebekämpfungsgesetz

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.

ja nein, dann Aufzeichnung gemäß Geldwäschebekämpfungsgesetz (GwG) ausfüllen

Informationen zum Vermittler

Die Informationen nach § 11 (1) VersVermV und § 60 (2) VVG wurden übergeben und sind von mir zur Kenntnis genommen worden.

Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG

Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, befehlen wir Sie über folgende Rechtsfolgen:

Je nachdem, ob Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig, leicht fahrlässig oder schuldlos verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen.

Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Außerdem ist in diesem Fall der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Sofern Sie diese Anzeigepflicht verletzen, ohne dass Sie vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend und bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Seite 5 die Wichtigen Hinweise. In den Hinweisen sind u.a. die Vertragsgrundlagen (Bedingungen usw.) aufgeführt. Sie sind wichtiger Bestandteil des Antrages. Durch Ihre Unterschrift machen Sie die Wichtigen Hinweise zum Inhalt dieses Antrages, deren Kenntnis Sie gesondert nochmals auf der Seite 5 bestätigen.

Widerrufsrecht des Antragstellers

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe, Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an die Fax-Nummer 040/4124-2958 zu richten.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dieser Teil des Beitrages berechnet sich wie folgt:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit:

- 1/360 des Jahresbeitrages
- 1/180 des Halbjahresbeitrages
- 1/90 des Vierteljahresbeitrages
- 1/30 des Monatsbeitrages

Die Höhe des zu zahlenden Beitrages entnehmen Sie dem Abschnitt „Beitragszahlung“ im Versicherungsschein. Den Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Datum

Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)/Anfragenden

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)/Anfragenden

Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen (ggf. auch den Geburtsnamen) enthalten.

Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag/diese Anfrage nicht selbst stellt

Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag/diese Anfrage nicht selbst stellt

Empfangsbestätigung (nur bei Stellung eines Antrages)

Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs.1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung in der zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsschutzes gültigen Fassung vor Antragstellung in Textform erhalten.

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Antragsteller

Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist.

Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist.

Erklärung und Unterschrift Vermittler

Angabe gemäß Geldwäschebekämpfungsgesetz (GwG)

Die Richtigkeit der Unterschriften und der Angabe gemäß GwG wird bescheinigt.

Ich erkläre nach § 11 (1) VersVermV und § 60 (2) VVG: Ich bin Ausschließlichkeitsvermittler Mehrfachvermittler Makler

HV Hamburg HV Dortmund

Verm.-Nr. Unterschrift Vermittler

Verm.-Nr.

Unterschrift Vermittler

Aushändigung durch

HV

FD

Wichtige Hinweise und Erläuterungen

Wichtige Hinweise

Vertragsgrundlagen (nur bei Stellung eines Antrages)

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland, den jeweiligen Versicherungsbedingungen und dem Versicherungsschein.

Mit Annahme des Antrages werden Sie Mitglied der IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe, deren Satzung Ihnen auf Wunsch übersendet wird.

Aufgabe bestehender Versicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen oder bei einem anderen Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar und mit Nachteilen verbunden ist auch die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei demselben Unternehmen.

Erläuterungen

Erläuterung der Privaten Rente (PR)

Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag wird die Kurzbezeichnung durch den Buchstaben "E" ergänzt.

Die Rente wird lebenslang je nach Rentenzahlungsweise an den vereinbarten Fälligkeitsterminen gezahlt.

Die Rente wird erstmals am ersten Tage des nach dem Ablauf der Ansparzeit beginnenden Rentenzahlungsabschnitts gezahlt und dann laufend am ersten Tage jedes folgenden Zahlungsabschnitts bzw. bei sofort beginnender Rentenzahlung am ersten Tage eines jeden Rentenzahlungsabschnitts, solange die versicherte Person den Fälligkeitstermin erlebt.

Die Beitragszahlungsdauer kann kürzer sein als die Ansparzeit.

Beitragsrückgewähr

Bei Einschluss der Beitragsrückgewähr werden bei Tod der versicherten Person vor dem vereinbarten Rentenbeginn die eingezahlten Beiträge ohne die Beiträge für etwa eingeschlossene Zusatzversicherungen zurückgezahlt. Hinzu kommt ein eventuell erreichtes Überschussguthaben.

Rentengarantiezeit

Stirbt die versicherte Person während einer vereinbarten Rentengarantiezeit, so wird die versicherte Rente bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit weitergezahlt.

Todesfalleistung im Rentenbezug

Ist eine Todesfalleistung im Rentenbezug mitversichert, wird bei Tod der versicherten Person nach dem vereinbarten Rentenbeginn die vereinbarte Anfangsversicherungssumme abzüglich der bereits gezahlten vertraglichen Altersrenten gezahlt.

Erlebt die versicherte Person den Ablauf der Versicherungsdauer der Todesfalleistung im Rentenbezug, wird keine Leistung fällig.

Zusatzversicherungen

● Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (HRZ)

Im Falle des Todes der hauptversicherten Person vor oder nach Beginn der Rentenzahlung wird die Hinterbliebenenrente lebenslang an die mitversicherte Person gezahlt. Beim Tode der mitversicherten Person erlischt die Versicherung.

Stirbt die hauptversicherte Person während der Rentengarantiezeit, wird die Hinterbliebenenrente erst nach Ablauf der Rentengarantiezeit gezahlt, wenn die mitversicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch lebt.

● Waisenrenten-Zusatzversicherung (WRZ)

Im Falle des Todes der hauptversicherten Person während der Versicherungsdauer der WRZ wird die Waisenrente gezahlt, solange das mitversicherte Kind lebt, längstens bis zum Ablauf der Versicherungsdauer der WRZ.

Beim Tode des mitversicherten Kindes erlischt die Versicherung.

● Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ und PBUZ)

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der BUZ/PBUZ berufsunfähig (auch infolge Pflegebedürftigkeit), so entfällt die Verpflichtung zur Beitragszahlung für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Beitragsbefreiung.

Eine mitversicherte Berufsunfähigkeitsrente wird längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer der BU-Rente gezahlt.

● Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ)

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der EUZ erwerbsunfähig (auch infolge Pflegebedürftigkeit), so entfällt die Verpflichtung zur Beitragszahlung für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Beitragsbefreiung.

Eine mitversicherte Erwerbsunfähigkeitsrente wird längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer der EU-Rente gezahlt.

Beteiligung an den Überschüssen und Bewertungsreserven

● Hauptversicherung

Während der Ansparzeit werden die jährlichen Überschussanteile zur Bildung von Gewinnbonussummen, das sind beitragsfreie Versicherungssummen, verwendet. Der Gewinnbonus wird nur dann in voller Höhe fällig, wenn die versicherte Person nicht vor Ablauf der Ansparzeit stirbt, und wird zur Erhöhung der versicherten Rente verwendet.

Alternativ können die Überschussanteile auch zur Fondsanlage verwendet werden. Bei der Fondsanlage können die Überschussanteile in folgende Fonds insgesamt oder im Verhältnis aufgeteilt angelegt werden:

HANSAdynamic Class S: HANSAdynamic legt das Fondsvermögen zu etwa 90 % in internationalen Aktienfonds an. Die Anlagephilosophie ist darauf ausgerichtet, die vielfältigen Chancen an den Aktienmärkten verschiedener Regionen zu nutzen. Der Schwerpunkt richtet sich mit über 50 % Anteil auf europäische Aktienfonds. Mit einer Beimischung von 10 % sicherheitsorientierter Fonds (z. B. Renten- und Offene Immobilienfonds) wird das Risiko von Preisschwankungen etwas reduziert.

HANSACentro Class S: Das Fondsmanagement setzt auf ein ausgewogenes Verhältnis von wertstabilen und chancenreichen Zielfonds. Das Fondsvermögen wird jeweils etwa hälftig in internationalen Aktienfonds sowie internationalen Geldmarkt- und Rentenfonds und Offenen Immobilienfonds investiert. Die Aktienfondsquote beträgt je nach Markteinschätzung zwischen mind. 40 % und max. 60 %.

HI Topselect W, der Dachfonds für wachstumsorientierte Anleger mit einer gemäßigeren Risikobereitschaft (etwa 50 % werden in Aktienfonds angelegt, der Rest in sicherheitsorientierte Renten- und Geldmarktfonds).

HI Topselect D, der Dachfonds für risikobereite Anleger, die an den Chancen der weltweiten Aktienmärkte teilhaben wollen (100 % werden in Aktienfonds investiert).

Die Fondsentwicklung kann nicht garantiert werden; das Anlagerisiko trägt der Versicherungsnehmer. Aufgrund der Fondsentwicklung kann bei Fälligkeit der Leistung ggf. kein Geldwert der Fondsanteile vorhanden sein.

Bei Ablauf der Ansparzeit, bei Tod der versicherten Person während der Ansparzeit oder vollständiger Kündigung des Vertrages wird die Versicherung außerdem an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 3 VVG beteiligt. Diese werden entsprechend der jährlichen Überschussanteile verwendet.

Während der Zeit der Rentenzahlung werden die jährlichen Überschussanteile, die eine Beteiligung an den Bewertungsreserven in Form einer angemessenen Beteiligung am Überschuss (Bewertungsreservenüberschussanteile) beinhalten, zur Steigerung der erreichten Gesamtrente in Form einer Bonusrente oder einer Bonusrente mit Sockel verwendet.

Bei der Bonusrente wird im ersten Jahr der Rentenzahlung die versicherte Rente bei Rentenbeginn gezahlt. Erstmals ein Jahr nach Rentenbeginn und für jedes folgende Jahr werden die jährlichen Überschussanteile zur Steigerung der dann jeweils erreichten Gesamtrente (versicherte Rente bei Rentenbeginn zuzüglich der Steigerungen) verwendet. Die sich danach ergebende Gesamtrente ist jeweils garantiert.

Bei der Bonusrente mit Sockel wird ein Teil der zu erwartenden zukünftigen jährlichen Überschussanteile dazu verwendet, ab Beginn der Rentenzahlung eine zusätzliche so genannte Sockelrente zu bilden. Dies bedeutet, dass die Sockelrente die versicherte Rente ab Rentenbeginn erhöht. Im Weiteren werden erstmals ein Jahr nach Rentenbeginn und für jedes folgende Jahr der restliche Teil der jährlichen Überschussanteile zur Steigerung der dann jeweils erreichten Gesamtrente (versicherte Rente bei Rentenbeginn zuzüglich Sockelrente zuzüglich der Steigerungen) verwendet. Der Teil der Gesamtrente, der die versicherte Rente bei Rentenbeginn übersteigt, ist nicht garantiert und kann ggf. auch sinken.

● Zusatzversicherungen

Auch die Zusatzversicherungen sind an den Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligt. Die Regelungen hierzu sind in den jeweiligen Bedingungen der Zusatzversicherungen in dem Abschnitt mit der Überschrift „Wie sind Sie an den Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligt?“ aufgeführt.

Dynamik

Der Beitrag erhöht sich laufend jährlich nach den Besonderen Bedingungen für Lebens- und Rentenversicherungen mit Beitragsdynamik, was zu höheren Versicherungsleistungen führt.

Beitragszahlung

Die laufenden Beiträge sind bis zum Ende des Beitragszahlungsabschnittes zu entrichten, in dem die versicherte Person stirbt, längstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer. Stirbt bei Einschluss einer Hinterbliebenenrente die mitversicherte Person vor der hauptversicherten Person, so wird der Beitrag um den Zusatzbeitrag für die Hinterbliebenenrente vermindert.

Wird ein Einmalbeitrag vereinbart, so ist dieser bei Beginn der Versicherung zu entrichten.

Rückkaufswert

Eine beitragspflichtige Versicherung kann während der Ansparzeit zum Schluss eines jeden Beitragszahlungsabschnitts gekündigt werden. Der Rückkaufswert ist das vorhandene Deckungskapital.

Der Rückkaufswert ist jedoch mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der Abschlusskosten auf die ersten 5 Jahre der Ansparzeit ergibt (Mindestrückkaufswert). Sofern die Ansparzeit weniger als 5 Jahre beträgt, werden die Abschlusskosten auf die Ansparzeit verteilt.

Dieser Betrag wird vermindert um einen Rückkaufszug.

Der Rückkaufswert wird begrenzt auf die Beitragsrückgewähr. Ein etwa über diese Begrenzung hinaus vorhandener Betrag wird zur Bildung einer zusätzlichen beitragsfreien Rente verwendet. Beitragsrückstände werden vom Rückkaufswert abgezogen.

Zusätzlich zum oben genannten Rückkaufswert wird eine Beteiligung am Überschuss und an den Bewertungsreserven fällig.

Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)/Antragenden

Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag/diese Anfrage nicht selbst stellt

Versicherungsnummer

Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe

FD-Nr.	Betreuer-Nr.	Antr-FD	Antrags-Nr.	Ext.-Nr.	VB*	Firmenschl.
ADVNR 1	Teil. 1	ADVNR 2	Teil. 2	ADVNR 3	Teil. 3	

* Verbandsschlüssel, nur für den Teilvertrieb IDUNA NOVA

Name ADV	Telefonnummer ADV				
Recherche FD / Antragsprüfung FD <input type="checkbox"/> Checkliste geprüft <input type="checkbox"/> Recherche telefonisch <input type="checkbox"/> Recherche persönlich <input type="checkbox"/> Antrag gemäß Anweisung geprüft und an HV weitergeleitet.	Datum	Funktionsstelle	Einw.-Nr.	Unterschrift	Tel.-Nr.

Hinweis:
Die RINR ist bei Neuanträgen nur von der HV einzutragen.

Hinweis für den Vertragsabschluss im Invitativverfahren:
Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsnehmer (durch Lastschriftzug oder Ausweisdaten) identifiziert werden muss.
Wenn bei der Angebotsanfrage keine Identifizierung erfolgt ist, muss diese spätestens mit Zugang der Annahmeerklärung nachgeholt werden.

Aufzeichnung gemäß Geldwäschebekämpfungsgesetz (GwG)

Erklärung des Antragsvermittlers bei Neuabschluss/Vertragsänderung/Beitragsvorauszahlung/Angebotsanfrage

Teil A: Identifizierung des Antragstellers (Versicherungsnehmers)/Anfragenden – Eine Eigenidentifizierung des VN ist unzulässig.

1. Antragsteller/Anfragender ist eine natürliche Person

Name	Vorname		
Ausweisart und -nummer <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis Nr.:	Ausstellende Behörde und Ausstellungsort	Wohnort und Straße (aus dem Personalausweis übernehmen) (Nur wenn von VN-Anschrift abweichend)	Gültig bis

2. Antragsteller/Anfragender ist eine juristische Person

Name oder Bezeichnung der Firma	Rechtsform	Registernummer, soweit vorhanden
Anschrift des Sitzes der Hauptniederlassung der Firma	Namen der Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter *	

* handelt es sich bei einem Mitglied des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter ebenfalls um eine juristische Person, so sind o.g. Angaben auch für diese zu erheben.

Teil B: Transaktion erfolgt auf fremde Veranlassung

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf **fremde Veranlassung**, bzw. der Kunde wurde hierzu **von einem Dritten beauftragt**.

Name, alle Vornamen des veranlassenden/ beauftragenden Dritten:	
Meldeanschrift:	
Beziehung zum Konto- / Depotinhaber:	
Herkunft der Gelder:	
Bitte erläutern Sie die Hintergründe, weshalb die Geschäftsbeziehung / Transaktionen auf fremde Veranlassung erfolgen (kurzer Bericht):	

Ich bestätige, die zur Identitätsfeststellung erforderlichen Angaben des Vertragspartners in dessen persönlicher Anwesenheit aufgenommen zu haben. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschrift(en) habe ich anhand vorgelegter Ausweise/Nachweise überprüft.

Ort, Datum

Unterschrift des Außendienstpartners