

Versicherungsnehmer

☐ Herr ☐ Frau Titel

Name Vorname Derzeitige berufliche Tätigkeit

Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland Staatsangehörigkeit Nr. 1

Wohnanschrift: Straße Hausnummer Zustellvermerk Staatsangehörigkeit Nr. 2 (falls vorhanden)

Postleitzahl Ort Telefon E-Mail

Versicherte Person

☐ gleichzeitig Versicherungsnehmer

☐ Herr ☐ Frau

IPOS-Partnerantragsnummer:

Titel Name Vorname Derzeitige berufliche Tätigkeit

Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland Staatsangehörigkeit Nr. 1

Wohnanschrift: Straße Hausnummer Zustellvermerk Staatsangehörigkeit Nr. 2 (falls vorhanden)

Postleitzahl Ort Telefon E-Mail

In welcher Beziehung steht die Versicherte Person zum Versicherungsnehmer und was ist der Grund für den Abschluss?

Beantragte Versicherung

Versicherungsbeginn Eintrittsalter (Beginnjahr minus Geburtsjahr) Versicherungsdauer Beitragszahlungsdauer

Jahre

lebenslang

Endalter 85

☐ abweichend

(mind. 10 Jahre, max. bis Alter 90 oder lebenslang)

Versicherungssumme €

Tarifbeitrag €

Zahlbeitrag € ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Bezugsrecht im Todesfall (Bestimmen Sie keinen Bezugsberechtigten, wird die Versicherungsleistung an einen Berechtigten (z. B. Erben) ausgezahlt, soweit kein Bestattungspflichtiger damit die Bestattungskosten begleicht.)

Name Vorname Geburtsdatum

Straße Hausnummer Postleitzahl Ort Geburtsort

Weiteres Bezugsrecht

☐ zu gleichen Teilen ☐ nachrangig

Name Vorname Geburtsdatum

Straße Hausnummer Postleitzahl Ort Geburtsort

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000559230

Ich ermächtige Sie, die Versicherungsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die wiederkehrenden Lastschriften der IDEAL Lebensversicherung a.G. einzulösen.

☐ **Versicherungsnehmer ist Beitragszahler** ☐ Herr ☐ Frau

Name (falls nicht Versicherungsnehmer) Vorname (falls nicht Versicherungsnehmer)

Wohnanschrift (falls nicht Versicherungsnehmer): Straße Hausnummer Postleitzahl Ort

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers (Kreditinstitut) BIC

IBAN Datum und Unterschrift (falls nicht Versicherungsnehmer)

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich werde spätestens drei Tage vor der ersten oder jeder veränderten Abbuchung über die künftigen Fälligkeiten und Abbuchungsbeträge informiert. Die Mandatsreferenznummer erhalte ich vor dem ersten SEPA-Lastschritfeinzug.

Auf unserer Internetseite unter www.idvers.de/datenschutz können Sie die Informationen zur Verwendung Ihrer Daten abrufen.

Angaben des Antragstellers zum Geldwäschegesetz (GwG)

Die Identifizierung des Versicherungsnehmers als natürliche Person **ist immer erforderlich**, wenn:

- die Beiträge nicht per SEPA-Lastschriftmandat vom Konto des Versicherungsnehmers eingezogen werden können.
- der Versicherungsnehmer nicht wirtschaftlich Berechtigter ist.
- die Versicherungssumme aller bei der IDEAL Lebensversicherung a.G. bestehenden Sterbegeld- bzw. Bestattungsvorsorgeversicherungen 10.000 € übersteigt.

Der **Versicherungsnehmer** ist eine natürliche Person und wird **wie folgt identifiziert**:

☐ Reisepass ☐ Personalausweis ☐ Pass- oder Ausweisersatz

Name		Vorname(n) – Bitte geben Sie alle Vornamen an, die im Ausweisdokument genannt sind.	
Ausweis-Nr.	Geburtsort	Geburtsland	
Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum	gültig bis	

Für die korrekte Identifizierung ist neben den Ausweisdaten eine **Ausweiskopie** (Vorder- und Rückseite) des Versicherungsnehmers erforderlich.

Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

- ☐ Ja, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.
- ☐ Nein, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung bzw. auf Veranlassung eines Dritten.
- Die Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten ist erforderlich.**

Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten (nur natürliche Personen)

Name		Vorname		Geburtsdatum	
Wohnanschrift (falls nicht Versicherungsnehmer): Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort	Land

Bitte erläutern Sie die Hintergründe, weshalb die Geschäftsbeziehung/Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt.

In welcher Beziehung steht der wirtschaftlich Berechtigte zum Versicherungsnehmer?

Angaben zum abweichenden Beitragszahler, sofern nicht wirtschaftlich Berechtigter

In welcher Beziehung steht der Beitragszahler zum Versicherungsnehmer?

Bitte nennen Sie uns den Grund für den abweichenden Beitragszahler.

Angabe zur Steuerpflicht im Ausland

Wenn Sie außerhalb von Deutschland steuerpflichtig sind, bestätigen Sie dies mit Ja.

☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Andernfalls bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie ausschließlich in Deutschland steuerpflichtig sind.

Wenn Sie mit „Ja“ geantwortet haben, füllen Sie bitte zusätzlich das Formular „Angaben zur Steuerpflicht im Ausland“ aus.

Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich alle auf Seite 5 aufgeführten Vertragsinformationen in Textform vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten habe.

Datum/Unterschrift Versicherungsnehmer

X

Besondere Vereinbarung

Hier können Sie z. B. ein besonderes Bezugsrecht oder einen abweichenden Policenversand (z. B. an Ihre Bank) mit uns vereinbaren.

Hinweis zum Verfahren der elektronischen Unterschrift

Zur Unterzeichnung des Antrags haben Sie zwei Möglichkeiten: Sie können das Verfahren der elektronischen Unterschrift nutzen und somit zu einer schnelleren und effizienteren Bearbeitung beitragen. Alternativ haben Sie die Möglichkeit, die Unterschriften auf dem in Papierform vorliegenden Antrag zu leisten.

☐ Ich bin mit dem Verfahren zur elektronischen Unterschrift einverstanden und möchte es nutzen. Über Alternativen wurde ich informiert.

Wichtige Hinweise zu den Schlusserklärungen und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die näheren Informationen und verbindlichen Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der Versicherten Person auf den Folgeseiten. Sie erklären mit Ihrer Unterschrift auch Ihr Einverständnis zur/zum:

- Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats, sofern Sie Beitragszahler sind,
- Verwendung Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten und deren Weitergabe an selbstständige Vermittler außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a.G.,
- Kommunikation per E-Mail,
- Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist

und entbinden uns entsprechend von unserer Schweigepflicht.

Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Erklärungen und Einwilligungen zum Inhalt des Antrags und bestätigen den Erhalt und Ihre Kenntnisnahme. Diese sind für den Vertragsschluss stets erforderlich. Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise zu widerrufen. **Nähere Informationen dazu finden Sie unmittelbar auf den Folgeseiten.**

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

X

X

Erklärung und Unterschrift des Vermittlers

Ich bestätige, dass der Antrag mit den Angaben des Versicherungsnehmers ausgefüllt wurde und die erforderlichen Unterlagen dem Versicherungsnehmer vor Antragstellung vorlagen. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschriften gemäß Geldwäschegesetz sowie die Geschäftsbeziehungen und des Vertragszwecks habe ich anhand vorgelegter Ausweise/Nachweise überprüft und ich bestätige diese als zutreffend.

VPa-Nummer

Externe VPa-Nummer

IHK-Registernummer

Unterschrift Vertriebspartner

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihrem betreuenden Vermittler weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter service@ideal-versicherung.de oder per Post zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärung betrifft den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a.G. Die IDEAL Lebensversicherung a.G. verpflichtet die Vermittler vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an selbstständige Vermittler außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a.G.

Es kann dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die IDEAL Lebensversicherung a.G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten in dem oben genannten Fall an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen. Insoweit entbinde ich die Mitarbeiter der IDEAL Lebensversicherung a.G. von ihrer Schweigepflicht.

Einwilligung in die Kommunikation per E-Mail

Ich willige ein, dass mir die IDEAL Lebensversicherung a.G., IDEAL Versicherung AG und IDEAL Sterbekasse Lebensversicherung AG vertragsbezogene Informationen zu sämtlichen Verträgen per E-Mail zusenden können. Dies gilt ebenso für Gesundheitsdaten und sonstige, besonders geschützte Daten. Über Änderungen meiner E-Mail-Adresse werde ich die IDEAL rechtzeitig informieren.

Die E-Mails werden mit einer TLS-Verschlüsselung versendet. Eine verschlüsselte Übermittlung erfolgt nur, soweit diese von Ihrem E-Mail-Provider unterstützt wird. Dokumente, die elektronisch bereits zugestellt wurden, werden nicht mehr per Post verschickt. Wenn Sie der Speicherung Ihrer E-Mail-Adresse widersprechen, senden wir Ihnen die vertragsbezogenen Informationen per Post zu. Für den Postversand können Gebühren anfallen.

Sie können Ihr Einverständnis jederzeit widerrufen. Dazu genügt eine E-Mail an service@ideal-versicherung.de. Detaillierte Informationen zur Verwendung und Löschung Ihrer Daten finden Sie hier: www.idvers.de/datenschutz.



Vertragsinformationen

Vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung müssen wir Ihnen als Versicherungsnehmer **alle vertragsrelevanten Informationen aushändigen**.

Im Einzelnen sind dies die nachfolgend genannten **Bestandteile der Vertragsinformationen**:

- Antrag IDEAL SterbeGeld pur
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Versicherer- und Verbraucherinformationen
- Widerrufsbelehrung
- Mitteilung der Wertentwicklung
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für das IDEAL SterbeGeld pur
- Lexikon
- Steuerinformationen
- Unsere Information zur Verwendung der Daten
- Dienstleisterliste und Konzernunternehmen

Die Bedingungen gelten in der zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Version. Wenn Sie alle Informationen in Textform erhalten haben, bestätigen Sie dies bitte auf der Vorderseite. Die vollständigen vertragsrelevanten Informationen bekommen Sie nochmals zusammen mit dem Versicherungsschein.

Schlussfolgerungen des Versicherungsnehmers zur Sterbegeldversicherung

Unsere Information zur Verwendung der Daten

Auf unserer Internetseite unter www.idvers.de/datenschutz können Sie die Informationen zur Verwendung Ihrer Daten abrufen. Auf der Webseite finden Sie Informationen, wie wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten und welche Rechte Ihnen zustehen. Diese Hinweise sind auch Bestandteil der Vertragsinformationen, die Sie in Textform vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung erhalten haben und welche wir Ihnen mit dem Versicherungsschein nochmal zusenden.

Ebenfalls im Internet unter www.idvers.de/datenschutz abrufen können Sie die Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen.

Nähere Informationen zu den beteiligten Dienstleistern und Rückversicherern stellen Ihnen diese unter folgendem Link zur Verfügung: www.idvers.de/xui9if

Wir bieten Ihnen gerne an, alle Informationen per E-Mail oder per Post an Sie zu übermitteln. Wenn Sie dies wünschen, senden Sie uns bitte eine entsprechende Mitteilung an service@ideal-versicherung.de oder rufen Sie uns an.

Datenaustausch mit der SCHUFA Holding AG

Die IDEAL Lebensversicherung a.G. übermittelt im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses erhobene personenbezogene Daten über die Beantragung, die Durchführung und Beendigung dieser Geschäftsbeziehung sowie Daten über nicht vertragsgemäßes Verhalten oder betrügerisches Verhalten an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f DS-GVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der IDEAL Lebensversicherung a.G. oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Der Datenaustausch mit der SCHUFA dient auch der Erfüllung gesetzlicher Pflichten nach dem Geldwäschegesetz sowie zur Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden (§ 505a und 506 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

Die SCHUFA verarbeitet die erhaltenen Daten und verwendet sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der SCHUFA können online unter www.schufa.de/datenschutz eingesehen werden.

Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. Die konkreten Informationen zur Ausübung Ihres Widerrufsrechts und den Widerrufsfolgen finden Sie in der Widerrufsbelehrung. Diese liegt den Versicherer- und Verbraucherinformationen bei. Sie erhalten die Widerrufsbelehrung auch noch einmal mit dem Versicherungsschein.

Nebenabreden

Diese sind nur mit schriftlicher Zustimmung der IDEAL Lebensversicherung a.G. wirksam. Vertriebspartner sind hierzu nicht berechtigt.



IDEAL Lebensversicherung a.G. · Sitz der Gesellschaft Berlin
Handelsregister-Nr. HRB 2074 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Hauptverwaltung: Kochstraße 26 · 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rainer M. Jacobus
Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme, Marc Schwetlik
Telefon: 030/ 25 87-0 · Telefax: 030/ 25 87-80 · E-Mail: info@ideal-versicherung.de · Sie finden uns im Internet unter www.ideal-versicherung.de

IDEAL Vorsorge GmbH · Sitz der Gesellschaft Berlin
Handelsregister-Nr. HRB 68811 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hauptverwaltung: Kochstraße 26 · 10969 Berlin · Geschäftsführung: Jörg Schmidt, Mark Möller
Telefon: 030/ 25 87-0 · Telefax: 030/ 25 87-80