

private Fortführung einer Direktversicherung nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Versicherungsnummer: _____
Versicherte Person: _____

Neuer Versicherungsnehmer des Vertrages ist/wird:

Vor- und Nachname
der versicherten Person
(neuer Versicherungsnehmer): _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
Postleitzahl/Ort: _____

Das Bezugsrecht lautet wie folgt:

Im Erlebensfall: Der Versicherungsnehmer

Im Todesfall: Die bereits bestehende Verfügung wird übernommen.

alternativ:

der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte
(nicht namentlich benennen)

oder

andere Person als Ehegatte _____
Vorname, Nachname und Geburtsdatum

Die aktuelle Hinterbliebenenklausel ist Vertragsbestandteil.

- SEPA-Lastschriftmandat liegt bei
 Beiträge werden überwiesen

Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Personalausweises zur Identifizierung bei.

Identifizierung/Erklärung zum Geldwäschegesetz

Der Versicherungsnehmer ist nicht der wirtschaftlich Berechtigte; er handelt auf Veranlassung von (z. B. wenn eine andere Person die Beiträge für diesen Vertrag bezahlt):

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Politisch exponierte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Üben oder übten Sie, der Bezugsberechtigte, ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter des Vertrages, ein jeweiliges Familienmitglied oder eine bekanntermaßen nahestehende Person ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt im Ausland oder für einen ausländischen Staat im Inland aus?

Nein? Keine weitere Angabe erforderlich.

Ja

Falls ja, bitte die politische Funktion und für den betroffenen Bezugsberechtigten oder wirtschaftlich Berechtigten sowie auch dessen Namen und Anschrift angeben:

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Politische Funktion: _____

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Wir bestätigen, dass wir die Erklärung „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung Ihrer Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ auf den folgenden Seiten erhalten und zur Kenntnis genommen haben. Diese Erklärung enthält eine Einwilligung in die Weitergabe unserer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. für den Fall der Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen) und der Datenweitergabe an selbstständige Vermittler sowie eine Schweigepflichtentbindung für die Mitarbeiter der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.

Wir erklären unsere Einwilligung in die in der Erklärung beschriebene Weitergabe unserer Daten.

Ort, Datum

x

Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers

Bitte schicken Sie uns folgende Unterlagen zusammen mit diesem Formular:

- » Nachweis zur Identifizierung (z. B. Kopie des Personalausweises/Reisepasses),
- » bei Änderungswünschen die Zusatzklärung.

Zusaterklärung zur Änderung der Versicherung (bitte zusammen mit dem Formular zur privaten Fortführung einreichen)

Versicherungsnummer: _____
Versicherte Person: _____
Grund: Arbeitslosigkeit
 Sonstiges: _____

unbefristete Beitragsfreistellung der Versicherung

Es werden keine weiteren Beiträge mehr eingezahlt. Dadurch vermindern sich die Versicherungsleistungen. Bei selbstständigen Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen ist eine Beitragsfreistellung in der Regel nicht möglich. Der Vertrag würde in diesem Fall aufgehoben werden.

befristete Beitragsaussetzung des Versicherungsschutzes und der Beitragszahlung ab dem 01. __. 20__ für 12 Monate oder

abweichender Zeitraum: __ Monate (maximal 12 Monate ohne Angabe von Gründen oder 24 Monate bei Arbeitslosigkeit)

- » Die Fristen gelten ab Beitragsrückstand. Rückständige Beiträge werden bis zum nächsten Monatsersten – ab Eingang der Erklärung bei uns – verrechnet.
- » Der Vertragsbeginn wird um die Dauer der Aussetzung verschoben. Da sich die Beitragszahlungs- und Versicherungsdauern verkürzen, reduziert sich die Leistung.
 Zusätzlich wird das Ablaufdatum um die Dauer der Aussetzung verschoben, jedoch nicht über das 67. Lebensjahr der versicherten Person hinaus.
- » Das Ablaufjahr einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bleibt unverändert. Hierdurch kann es zu einer Verkürzung der Laufzeit für die Haupt- und Zusatzversicherung kommen. Bei Selbstständigen Berufs-/Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen verkürzt sich hierdurch die Gesamtlaufzeit.
- » Bei einer Kapitalversicherung, einer Selbstständigen Berufs-/Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung oder bei Einschluss einer Berufsunfähigkeitsleistung besteht kein Versicherungsschutz.
- » Tritt der Versicherungsfall während der Aussetzung ein, ist bekannt, dass eine Leistung auch über den Aussetzungstermin hinaus nicht erfolgt.
- » Sie können die Aussetzung jederzeit vorzeitig zum nächsten Monatsersten beenden.

Reduzierung des Beitrags

Der Beitrag soll ab dem 01. _____ auf _____ Euro herabgesetzt werden. Dadurch vermindern sich die Versicherungsleistungen. Die bis zum gewünschten Termin ausstehenden Beiträge werden mit den Vertragswerten verrechnet.

beitragspflichtige Fortführung

Beitragszahlung ab dem 1. _____ .

Die bis zum Übernahmetermin ausstehenden Beiträge:

werden nachgezahlt **oder**

sollen durch eine technische Vertragsänderung ausgeglichen werden.

x

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Vertragsnummer

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir, die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen (z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister etc.) weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Weitergabe von Daten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten kommen kann, in Einzelfällen nicht selbst durch und übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie unserer Internetseite unter <http://www.volkswohl-bund.de/datenschutz> entnehmen. Diese Liste kann auch bei der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund bzw. unter info@volkswohl-bund.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe der nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen 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 auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und dass diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen. Ich entbinde die Mitarbeiter der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. insoweit von ihrer Schweigepflicht.

SEPA-Lastschriftmandat

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer/Arbeitgeber: _____
Versicherte Person/Arbeitnehmer: _____

Mit diesem Formular wird die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 13ZZZ00000141064, zum Lastschrift-einzug ermächtigt. Diese wird den Kontoinhaber rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und die Mandatsreferenznummer mitteilen.

Daten des Kontoinhabers

Name/Vorname/Firma _____
Straße und Hausnummer _____
Postleitzahl, Ort _____

Die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. wird ermächtigt Zahlungen von nachstehendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das Kreditinstitut angewiesen, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. auf das Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Kontoinhaber ist damit einverstanden, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. spätestens 5 Kalendertage vor dem SEPA-Lastschritteinzug hierüber eine Information an ihn versendet. **Hinweis:** Der Kontoinhaber kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Sofern Sie als Beitragszahler nicht zugleich der Versicherungsnehmer sind, gilt zusätzlich: Sie haben den Versicherungsnehmer mit Antragstellung beauftragt und bevollmächtigt, alle Informationen betreffend den Zahlungsverkehr und dieses SEPA Lastschriftmandat für Sie als Kontoinhaber entgegen zu nehmen und sind ausdrücklich damit einverstanden, dass jegliche Korrespondenz hierzu über den Versicherungsnehmer erfolgt.

Informationen zur Verarbeitung Ihre Daten finden Sie unter www.volkswohl-bund.de/datenschutz. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Datenschutzhinweise auch gerne zu.

Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift, alternativ einmalige Lastschrift

IBAN _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Kreditinstitut _____

Ort, Datum x Unterschrift des Kontoinhabers (ggf. Firmenstempel)

Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!