

Vermittler Nr. _____

Antragsteller/in

Neuaufnahme Zusatzantrag Mitgliedsnummer _____
 Herr
 Frau Name _____
Vorname _____ geb. am _____
Straße _____
PLZ / Ort _____
Tel.-Nr. _____ Mobil _____
E-Mail _____

Beantragter Tarif

Vers.-beginn _____ Vers.-summe € _____
Tarifbeitrag p.a. € _____ Zahlbeitrag p.a. € _____

Zahlungsweise jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

SEPA Lastschriftmandat**Gläubiger-Identifikationsnummer** DE 48 VVG 000 0000 6768

Ich ermächtige den GE-BE-IN Versicherungen VVaG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße _____

PLZ / Ort _____

Erstmalige Ausführung ab _____

IBAN DE _____

BIC _____

Ort, Datum _____

Unterschrift  _____**Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, sind allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich. Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personengebundenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Möchten Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

Ich willige ein, dass mir der GE-BE-IN Versicherungen VVaG (oder ein mit ihm verbundenes Unternehmen der GE-BE-IN Unternehmensgruppe) postalisch Informationen und Angebote zu weiteren Finanz- und Vorsorgeprodukten zum Zwecke der Werbung übersendet.

Ich willige ein, dass mir der GE-BE-IN Versicherungen VVaG (oder ein mit ihm verbundenes Unternehmen der GE-BE-IN Unternehmensgruppe) per E-Mail/Telefon/Fax/SMS* Informationen und Angebote zu weiteren Finanz- und Vorsorgeprodukten zum Zwecke der Werbung übersendet (bei Einwilligung bitte Unzutreffendes streichen).

Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die GE-BE-IN Versicherungen VVaG übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten.

Unterschrift des Antragstellers

Ort, Datum _____

Ich versichere hiermit, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgetreu getätigt wurden.

Widerrufsrecht

Der Vertrag kann innerhalb von 30 Tagen ohne Angaben von Gründen in Textform widerrufen werden. Die Frist beginnt an dem Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein und alle Vertragsbestimmungen sowie die Belehrung über das Widerrufsrecht und seine Rechtsfolgen in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an GE-BE-IN Versicherungen VVaG, Nordstraße 5-11, 28217 Bremen, per Fax an Fax-Nr. 0421-38 77 675 bzw. per E-Mail an versicherung@ge-be-in.de. Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen etwaig geleistete Beiträge zurück.

Empfangs- und Kenntnisnahmebestätigung

Ich bestätige, dass ich das Produktinformationsblatt, die Verbraucherinformationen und die Satzung erhalten habe.

Informationen zum Datenschutz

Unsere Datenschutzinformationen können Sie jederzeit unter <https://versicherung.ge-be-in.de/datenschutz/vvag> einsehen.

Unterschrift  _____