

AUFNAHMEANTRAG STERBEGELDVERSICHERUNG TARIF C04 85

Vermittler Nr. _____

Antragsteller (m/w/d)

☐ Neuaufnahme ☐ Zusatzantrag Mitgliedsnummer _____

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers

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 des Kontoinhabers (m/w/d)

Straße _____

PLZ / Ort _____

Erstmalige Ausführung ab ____/____/____

IBAN _____

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 personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung der oder 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 (m/w/d)

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> einsehen.

Unterschrift  _____