

Schicken Sie den ausgefüllten Antrag noch heute zurück – das Porto übernehmen wir für Sie!
Im Kuvert an dbb digital und service GmbH, Friedrichstraße 165, 10117 Berlin oder noch schneller per Fax an 030 / 4081 6499.

Versicherungsnehmer und Versicherte Person

Persönliche Angaben Herr Frau

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*	Gewerkschaft/Verband

* freiwillige Angaben

Beantragte Versicherung

Versicherungsbeginn	Eintrittsalter (Beginnjahr minus Geburtsjahr)	Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer
01. .2025	Jahre	lebenslang	bis zum Endalter 90

Versicherungssumme und Beitrag

Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschte Versicherungssumme und Zahlungsweise an:

Ja, ich möchte eine Absicherung im Todesfall

Versicherungssumme (min. 2.000 €, max. 15.000 €)	3.000 €	6.000 €	9.000 €	Wunschangebot**
Ihr monatlicher Beitrag	<input type="checkbox"/>	€ <input type="checkbox"/>	€ <input type="checkbox"/>	€ <input type="checkbox"/>
Ihr neuer Gesamtbeitrag	<input type="checkbox"/>	€ <input type="checkbox"/>	€ <input type="checkbox"/>	€ <input type="checkbox"/>

** Wunschangebot: Wünschen Sie eine andere Versicherungssumme? Bitte informieren Sie sich im beigefügten Flyer und tragen die gewünschte Versicherungssumme und den Beitrag ein. Für Fragen steht Ihnen unsere Kundenbetreuung gerne unter 030/ 4081 6444 zur Verfügung. Oder nutzen Sie unseren Online-Rechner unter www.dbb-vorsorgewerk.de/sterbegeld

Bezugsberechtigung im Todesfall

Name, Vorname des Bezugsberechtigten	Geburtsdatum/Geburtsort
Straße, Hausnummer, Zustellvermerk	Postleitzahl, Ort

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 und die Beiträge werden von einem Konto des Versicherungsnehmers eingezogen.

IBAN	BIC	Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers (Kreditinstitut)
------	-----	--

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-Lastschrifteinzug.

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

X Angaben des Antragstellers zum Geldwäschegesetz (GwG) (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.**

Name, Vorname(n), Geburtsdatum und vollständige Meldeanschrift (Straße, Hausnummer, Land, Postleitzahl, Ort)

In welcher Beziehung steht der wirtschaftlich Berechtigte zum Versicherungsnehmer?

X 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.

Hinweis zur Angebotsanforderung

Mit dieser Angebotsanforderung stellen Sie keinen verbindlichen Antrag. Auf Basis Ihrer Angaben erstellen wir Ihnen ein für uns verbindliches Angebot. Dieses Angebot müssen Sie anschließend ausdrücklich annehmen. Die Annahmemöglichkeiten werden wir Ihnen mit dem Angebot mitteilen. Bitte beachten Sie, dass wir ein verbindliches Angebot nur erstellen können, wenn Sie alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß machen. Von der Erlaubnis zum Einzug der Beiträge wird nur im Falle des Zustandekommens des Versicherungsvertrages Gebrauch gemacht.



Schlusserklärungen 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.

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

(Der Text der Einwilligung-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2012 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

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.

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. Über Änderungen meiner E-Mail-Adresse werde ich die IDEAL rechtzeitig informieren.

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.

Die Datenschutzhinweise zur dbb vorsorgewerk GmbH finden Sie unter www.dbb-vorteilswelt.de/datenschutz

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.

Ort, Datum

Kollektiv

Unterschrift Versicherungsnehmer

60200

X

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), Karlheinz Fritscher (stv. Vors.), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme

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