

SIGNAL IDUNA Global Garant Invest - SIGGI - Antrag auf Flexible Rente

Versicherungsnummer	RINR	21100
Bereits Kunde? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherungs-/Kundennummer:	

- Rückdeckungsversicherung
 Versicherung über das Versorgungswerk

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

1 Antragsteller (Versicherungsnehmer)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Sonst.	Name, Vornamen, Geburtsname (mit Komma trennen)	Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit	Familienstand
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> voll berufstätig, <input type="checkbox"/> Selbstständiger/Firma/Verein <input type="checkbox"/> Kind/Schüler/Student	Branche	Steuer-Identifikationsnummer	
Telefonnummer		Telefaxnummer	E-Mail	Mobilfunknummer

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe*, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine **Kontakt**daten für die Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der **regelmäßigen Kundenbetreuung** nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen diesen Vertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* gerichtet sind. Mein Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Bitte ankreuzen** ja, für Telefonnummer ja, für Telefaxnummer ja, für E-Mail ja, für SMS

* Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: siehe Angaben in der Dienstleisterliste ** Freiwillige Angaben

2 Beitragszahlung und SEPA-Lastschriftmandat (Das Mandat gilt nur im Falle des Zustandekommens eines Vertrages)

Beitragszahlung laufend <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich	oder Einlösungsbeitrag <input type="checkbox"/>	Lastschriftverfahren (Das SEPA-Lastschriftmandat gilt auch für eine evtl. vereinbarte Zuzahlung zum Versicherungsbeginn.)
--	--	--

SEPA-Lastschriftmandat (Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN))

Das Lastschriftverfahren für die Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe wird durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund (**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81 ZZZ 00000103174**) ausgeführt. Die dabei eingezogenen Beiträge werden an die entsprechenden Gesellschaften weitergeleitet.

Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt.

Ich ermächtige die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., die jeweils fälligen Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von Ihnen vorgelegten 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 Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Über die Einzugstermine und die Höhe der einzuziehenden Beiträge werde ich in den jeweiligen Versicherungsscheinen, spätestens 1 Tag vor dem Einzugstermin informiert.

IBAN (maximal 34 Stellen)	BIC (8 oder 11 Stellen)
Geldinstitut	Datum
Unterschrift Versicherungsnehmer/Kontoinhaber	

Spätere Zuzahlungen können nicht im Lastschriftverfahren gezahlt werden, sondern müssen auf eines der im Versicherungsschein genannten Konten überwiesen werden. Folgende Angaben im Verwendungszweck sind notwendig: IL, Versicherungsnummer, 4, Risikonummer, Z und Kalenderjahr. Beispiel: IL,12345678,4,0001,Z2021

3 Versicherte Person, falls nicht Versicherungsnehmer

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname, Geburtsname (mit Komma trennen)	Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit	Familienstand
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)	Wohnsitzland	Steuer-Identifikationsnummer	
Berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> voll berufstätig,		Branche		
Beziehungsstatus zum Antragsteller/Versicherungsnehmer (freiwillige Angaben)		<input type="checkbox"/> Verheiratet mit <input type="checkbox"/> Vormund von	<input type="checkbox"/> Kind von <input type="checkbox"/> Geschwisterteil von	<input type="checkbox"/> Elternteil von <input type="checkbox"/> Arbeitgeber von
<input type="checkbox"/> Selbstständiger/Firma/Verein <input type="checkbox"/> Hausfrau/nicht berufstätig		<input type="checkbox"/> Angest./Arbeiter im öff. Dienst <input type="checkbox"/> Kind/Schüler/Student	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer von

4 Versicherungsumfang

Bei Produktgruppe Collect, Business oder Classic wird der Antrag über folgende Kollektivvereinbarung gestellt:

Nr.: _____ / _____

Der Antragsteller bestätigt, zum berechtigten Personenkreis der Kollektivvereinbarung zu gehören.

Sofern durch die Antragstellung über einen Kollektivpartner ein Rückschluss auf eine Gewerkschaftszugehörigkeit möglich ist, benötigen wir von Ihnen eine Einwilligung. Wenn Sie uns keine Einwilligung erteilen, ist ggf. das gewünschte Kollektiv nicht wählbar.

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Beiträge, erforderlich ist. Meine Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

PDC-Versions-Nr.: _____

Antrags-Versions-Nr.: _____

Hauptversicherung

Versicherungsumfang während der Ansparzeit

Produkt GIFR	Produktgruppe Comfort <input type="checkbox"/> Collect <input type="checkbox"/> Business <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/>	Sofern nichts angekreuzt ist, gilt Comfort.	Rentenzahlung <input type="checkbox"/> mon. <input type="checkbox"/> 1/4-j. <input type="checkbox"/> 1/2-j. <input type="checkbox"/> 1/1-j.	Sofern nichts angekreuzt ist, gilt monatliche Rentenzahlung als beantragt.	Leistungsabsicherung zum vereinbarten Rentenbeginn <input type="checkbox"/> Ja (bitte Angaben vervollständigen) <input type="checkbox"/> Nein Höhe des Garantieniveaus in % <input type="text"/> Mindestleistung in EUR <input type="text"/> garantierte Mindestrente in EUR <input type="text"/>	Beitragszahlungs-/ Versicherungsbeginn	Rentenbeginn	Abweichender Ablauf der Beitragszahlung 0:00 Uhr
	Beitragsrückgewähr (für die Hauptversicherung; <input type="checkbox"/> Ausschluss Beitragsrückgewähr)	Gesamtbeitrag (laufende Beitragszahlungsweise bzw. Einlösungsbeitrag) in EUR		Beitrag der Hauptversicherung (laufende Beitragszahlungsweise bzw. Einlösungsbeitrag) ohne Zusatzversicherungen in EUR		Zuzahlung zum Versicherungsbeginn in EUR		

Ich stimme zu, dass in Abweichung zu § 33 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 VVG der Versicherungsschutz nicht erst beginnen und der Erst- oder einmalige Beitrag nicht erst fällig sein soll mit Ablauf der 30-tägigen Widerrufsfrist, sondern unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem beantragten Beginn der Versicherung.

<input type="checkbox"/> Sicherheit+ Automatische Erhöhung des Garantieniveaus und dadurch der Mindestleistung und der garantierten Rente bei Zuwächsen des Vertragsguthabens.	<input type="checkbox"/> Ablaufmanagement + Betragt die Ansparzeit zwischen Vericherungsbeginn und Rentenbeginn mindestens 10 Jahre, ist automatisch das Ablaufmanagement+ in den Vertrag eingeschlossen.
--	---

Überschussverwendung

GIFR: **SI WorkLife Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ, PBUZ)**

Fondsanlage Beitragsverrechnung
 Fondsanlage

Anlagefonds: Fondsauswahl

Ich treffe folgende Fondsauswahl (bitte Fonds-Ziffer entsprechend der Liste aus Formular-Nr. 27042xx und ganzzahligen %-Satz angeben):

<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	%
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

Maximal 5 Fonds können während der Vertragslaufzeit gleichzeitig verwendet werden. Falls kein Prozentsatz angegeben wurde, werden die Anteile gleichmäßig auf die gewählten Fonds verteilt. Soweit Sie keine Fondsauswahl getroffen haben, erfolgt die Fondsanlage zu 100 % in HANSAeuropa Class I. Informationen zu den einzelnen Fonds finden Sie im Formular -Nr. 27042xx.

Leistungsumfang während der Rentenbezugszeit

Verrentungsart: Konventionelle Verrentung Alternativ: <input type="checkbox"/> Konventionelle Verrentung mit garantierter Rentensteigerung (Erhöhung der Rente jährlich um 1 %) <input type="checkbox"/> Fondsgebundene Verrentung <input type="checkbox"/> Fondsgebundene Verrentung mit garantierter Rentensteigerung (Erhöhung der Rente jährlich um 1 %)	Rentengarantiezeit Versicherungsdauer in Jahren Es ist nur Rentengarantiezeit <u>oder</u> Todesfalleistung im Rentenbezug möglich.	Todesfalleistung im Rentenbezug: Versicherungsdauer in Jahren	Überschussverwendung Konventionelle Verrentung: Bonusrente mit Sockel Alternativ: <input type="checkbox"/> Bonusrente Fondsgebundene Verrentung: Fondsanlage
--	--	--	--

Gesundheitserklärung und weitere Angaben zum Antrag Berufsunfähigkeitsversicherung Formular-Nr. 22002xx beifügen, wenn nur mit Beitragsbefreiung Formular-Nr. 22231xx. Für versicherte Personen mit Eintrittsalter bis einschließlich 30 Jahre ist das Formular-Nr. 22021xx beizufügen. Für versicherte Personen der Berufsgruppen 1+ bis 5 ist das Formular-Nr. 22209xx beizufügen.

SI WorkLife Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ und PBUZ)

<input type="checkbox"/> EXKLUSIV (BUZ) <input type="checkbox"/> EXKLUSIV-PLUS (PBUZ)	<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente	Berufsgruppe	Bei Beamten: Besoldungsgruppe (BG) <input type="text"/>
--	---	--------------	--

Anteil Bürotätigkeit %	Anzahl Mitarbeiter	Qualifizierte berufliche Weiterbildung (zur Einstufung in Berufsgruppe erforderlich)	Akademiker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Erläuterungen siehe „Wichtige Hinweise“
---------------------------	--------------------	--	---	---

Monatliche Berufsunfähigkeitsrente in EUR	Ablauf Versicherungsdauer 0:00 Uhr	Beitragszahlungsdauer 0:00 Uhr	Leistungsdauer der monatlichen Rente 0:00 Uhr	Leistungsdauer der Beitragsbefreiung 0:00 Uhr
---	---------------------------------------	-----------------------------------	--	--

Garantierte Rentensteigerung bei Berufsunfähigkeit (Leistungsfall)
Während unserer Leistungspflicht erhöhen wir die Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen festen Prozentsatz von (ganzzahlig von 1 bis 3 %).

Besondere Vereinbarungen für bestimmte Berufsgruppen

<input type="checkbox"/> Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel (Formular-Nr. 24000xx, gilt nur für Polizei- und Bundespolizeibeamte) <input type="checkbox"/> Feuerwehrdienstunfähigkeitsklausel (Formular-Nr. 24001xx) <input type="checkbox"/> Dienstunfähigkeitsklausel für Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit (Formular-Nr. 24002xx)	Beitragszuschlag erforderlich	<input type="checkbox"/> Verlängerungsoption für Schüler, Studenten und Auszubildende (22013xx beifügen)	Umtauschrecht für <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter/Beamte auf Probe (22003xx beifügen)
---	--------------------------------------	--	--

Dynamik – nur bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung

Beitragsdynamik
Jährliche Erhöhung des zuletzt gültigen Gesamtbeitrages um einen festen Prozentsatz % (ganzzahlig von 5 bis 10 %)
Ist die Dynamik nicht ausgeschlossen und kein Prozentsatz eingetragen, gelten 5 % des zuletzt gültigen Gesamtbeitrages (Beitragsdynamik) als beantragt.
 Ausschluss Dynamik

5 Bezugsberechtigung

5.1 Bezugsberechtigung

Sofern nichts anderes bestimmt wird, ist bezugsberechtigt:

- zu Lebzeiten der versicherten Person: der Versicherungsnehmer;
- beim Tode der versicherten Person: 1. der überlebende Ehegatte oder Lebenspartner, mit dem die versicherte Person im Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet war bzw. eine eingetragene Lebenspartnerschaft unterhielt, 2. die Kinder zu gleichen Teilen, 3. die Eltern, 4. die Erben (in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten).

Anderenfalls ist bezugsberechtigt (namentlich bezeichnen, ggf. auch Geburtsname)

zu Lebzeiten der versicherten Person

beim Tode der versicherten Person

5.2 Bezugsberechtigung bei Rückdeckungsversicherungen

Bezugsberechtigt im Todesfall und zu Lebzeiten ist der Versicherungsnehmer.

Die Ansprüche der versicherten Person gegen den Versicherungsnehmer richten sich grundsätzlich nach der ihm erteilten Versorgungszusage (Pensionszusage).

6 Sonstiges

Information zur Verarbeitung Ihrer Daten

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Ausführliche Erläuterungen zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie in den Datenschutz-Informationen der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. Diese werden Ihnen im Rahmen dieser Antragstellung zusammen mit weiteren vorvertraglichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Sie können die Datenschutz-Informationen zusätzlich im Internet abrufen unter <http://www.signal-iduna.de/datenschutzinfo>

Bitte nehmen Sie die Datenschutz-Informationen entsprechend zur Kenntnis.

Erklärung des Versicherungsnehmers zum Geldwäschegesetz

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder damit verbundene Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.

ja nein, dann Aufzeichnung gemäß Geldwäschegesetz (GwG) Teil B ausfüllen

Erklärung zur steuerlichen Ansässigkeit im Ausland

Sind Sie oder weitere Vertragsbeteiligte (bei Personen- oder Kapitalgesellschaften: beherrschende Gesellschafter bzw. Anteilseigner) im Ausland steuerlich ansässig?

Ja, in Nein (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Falls Sie „Ja“ angekreuzt haben, ist die Selbstauskunft zur steuerlichen Ansässigkeit im Ausland (Fo.-Nr. 22025xx bzw. 22026xx) auszufüllen und zu unterzeichnen.

Bitte beachten Sie, dass Sie verpflichtet sind, der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. Änderungen zu Ihren vorstehenden Angaben zur steuerlichen Ansässigkeit im Ausland unverzüglich mitzuteilen.

Informationen des Vermittlers

Nachfolgende Informationen wurden übergeben und sind von mir zur Kenntnis genommen worden:

- Statusinformationen nach § 15 (1) und § 16 VersVermV
- Beratungsgrundlage nach § 60 (2) VVG
- Informationen zur Einbeziehung von Nachhaltigkeitsrisiken nach Art. 6 (2) Offenlegungsverordnung (EU) 2019/2088

Wirtschaftsauskünfte

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. zum Zwecke des Vertragsabschlusses und zur Prüfung eines (eventuellen) Leistungsantrages wegen Berufsunfähigkeit Informationen zu meinem Zahlungsverhalten, Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren sowie Informationen zur Berufstätigkeit unter Verwendung von Anschriftendaten von der CRIF Bürgel GmbH, Leopoldstraße 244, 80807 München, von der Creditreform Hamburg von der Decken KG, Wandalenweg 8-10, 20097 Hamburg, von der Info Partner KG, Bahnhofplatz 18, 82110 Germering, von der Creditsafe Deutschland GmbH, Schreiberhauer Straße 30, 10317 Berlin bezieht und nutzt. Informationen hierzu kann ich bei den oben genannten Firmen jederzeit einholen. Die Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Empfangsbestätigung

Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich die Datenschutz-Information SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G., die Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, das Basisinformationsblatt und das Produktinformationsblatt zu im Beitrag einkalkulierten und möglichen sonstigen Kosten sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 sowie § 7 b des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung in der zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsschutzes gültigen Fassung und die nachhaltigkeitsbezogenen Offenlegungspflichten im Finanzdienstleistungssektor in Textform erhalten.

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist.

Die Datenschutz-Informationen und die Dienstleisterliste habe ich vor Antragstellung in Textform erhalten.

Unterschrift versicherte Person

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn die versicherte Person minderjährig ist.

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

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir 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 und IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die folgenden Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abzugeben, oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Anschrift zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung Ihrer 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 der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.

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 SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.

Die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. verpflichtet 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)

Die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SIGNAL IDUNA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützte 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 personenbezogene Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung als Anlage angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder der Mailadresse info@signal-iduna.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe an Rückversicherern

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild

über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Angaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dass diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Insoweit entbinde ich die für die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. 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 SIGNAL IDUNA 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 entbinde die Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehende „Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen“, die nachstehenden Erläuterungen zum Widerrufsrecht sowie die Wichtigen Hinweise auf der Seite 5. In den Hinweisen sind u.a. die Vertragsgrundlagen (Bedingungen, Gebührenübersicht usw.) und das Kapitalwahlrecht aufgeführt. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift auch die „Wichtigen Hinweise“ zum Inhalt dieses Antrages.

Widerrufsrecht des Antragstellers

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G., Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an die Fax-Nummer 040/4124-2958 zu richten.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dieser Teil des Beitrages berechnet sich wie folgt:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit:

- 1/360 des Jahresbeitrages bzw.
- 1/180 des Halbjahresbeitrages bzw.
- 1/90 des Vierteljahresbeitrages bzw.
- 1/30 des Monatsbeitrages

Die Höhe des für Ihren Vertrag maßgeblichen Beitrages entnehmen Sie dem Abschnitt „Beitragszahlung“ im Versicherungsschein. Den Rückkaufwert einschließlich der Überschuss-anteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginn der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und zugelegene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Eine Zweitschrift, zusammen mit der Seite 5 „Wichtige Hinweise“ erhält der Antragsteller/Anfragende sofort nach der Unterzeichnung dieses Antrages/dieser Angebotsanfrage ausgehändig.

Datum	Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)	Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag nicht selbst stellt und mindestens 14 Jahre alt ist	Eigenhändige Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn Antragsteller oder versicherte Person minderjährig ist
Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen (ggf. auch den Geburtsnamen) enthalten.			

Erklärung und Unterschrift Vermittler

Angabe gemäß Geldwäschegesetz (GwG)

Die Richtigkeit der Unterschriften und der Angabe gemäß GwG wird bescheinigt. Es sind keine risikoerhöhenden Umstände bekannt (andernfalls gesonderten Bericht beifügen). Ich bestätige, die zur Identitätsfeststellung erforderlichen Angaben des Vertragspartners in dessen persönlicher Anwesenheit aufgenommen zu haben. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschrift(en) habe ich anhand vorgelegter Ausweise/Nachweise überprüft.

Ich erkläre nach § 15 (1) und § 16 VersVermV und § 60 (2) VVG: Ich bin Ausschließlichkeitsvermittler Mehrfachvermittler Makler

HV Hamburg HV Dortmund

ADVNR _____
Unterschrift Vermittler

Aushändigung durch
 HV ADP

Bitte denken Sie an Ihre Daten: ADVNR, GD- und BTR-Nummer! Siehe auch Abschnitt „Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe“.

Wichtige Hinweise

Versicherungsnehmer (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland, den jeweiligen Versicherungsbedingungen, der Gebührenübersicht und dem Versicherungsschein.

Mit Annahme des Antrages werden Sie Mitglied der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G., deren Satzung Ihnen auf Wunsch übersendet wird.

Aufgabe bestehender Versicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen oder bei einem anderen Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

Im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und mit Nachteilen verbunden ist auch die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei demselben Unternehmen.

Gesetzliche Meldepflichten bei Ansässigkeit im Ausland

Sofern Sie steuerlich im Ausland ansässig sind, sind wir im Rahmen des Finanzkonten-Informationsaustauschgesetzes und der FATCA-USA-Umsetzungsverordnung verpflichtet, Ihre Daten an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) zu übermitteln. Das BZSt leitet diese an die ausländische Steuerbehörde weiter.

Steuerliche Ansässigkeit im Ausland

Die steuerliche Ansässigkeit richtet sich nach den nationalen Bestimmungen zur unbeschränkten Steuerpflicht des jeweiligen Staates und etwaigen Doppelbesteuerungsabkommen.

Die Staatsbürgerschaft allein führt regelmäßig nicht zur steuerlichen Ansässigkeit. Dies gilt nur in Ausnahmefällen (wie für die USA). Anknüpfungspunkte der Besteuerung sind vielmehr ortsgebundene persönliche Merkmale. Dies kann der Wohnsitz, ein ständiger Aufenthalt oder – bei Unternehmen – der Ort der Geschäftsleitung im jeweiligen Staat sein.

Einkünfte aus anderen Staaten, die dort einer Besteuerung an der Quelle unterliegen können (etwa Miet- und Pachteinnahmen, Einnahmen aus Kapitalvermögen), führen für sich allein genommen noch nicht automatisch zu einer steuerlichen Ansässigkeit im Ausland. Ein Indiz für eine steuerliche Ansässigkeit in einem anderen Staat ist, dass Sie eine persönliche TIN (Tax Identification Number) aus diesem Staat erhalten haben. Es besteht auch die Möglichkeit, in verschiedenen Staaten gleichzeitig steuerlich ansässig zu sein.

Für Fragen zur steuerlichen Ansässigkeit holen Sie bitte fachkundigen Rat (Steuerberater, auf Steuerrecht spezialisierter Rechtsanwalt) ein oder führen Sie eine Klärung mit den zuständigen lokalen Steuerbehörden herbei.

Anteil Büroätigkeit

Bitte tragen Sie an dieser Stelle im Antrag ein, welchen Anteil an Ihrer gesamten Arbeitszeit Büroätigkeiten einnehmen.

Zu den Büroätigkeiten gehören beispielhaft folgende Tätigkeiten:

- Auftragsbeschaffung und Kundenbetreuung
- Planung der Auftragsdurchführung
- Koordinierung des Mitarbeitereinsatzes
- Aufsichtsführung und Kontrollen
- allgemeine Büroätigkeiten (z. B. Rechnungsstellung, Materialbestellungen usw.)

Anzahl Mitarbeiter

Bitte geben Sie an dieser Stelle im Antrag an, für wie viele sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter (ohne geringfügig beschäftigte Mitarbeiter) Sie Personalverantwortung tragen. Auszubildende gelten als sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter; Teilzeitmitarbeiter werden als jeweils ein Mitarbeiter angesehen.

Als geringfügig beschäftigte Mitarbeiter gelten:

- Geringfügig entlohnte Mitarbeiter („450-EUR-Job“)
- Kurzfristig beschäftigte Mitarbeiter (bis zu 3 Monate bzw. 70 Arbeitstage)

Qualifizierte berufliche Weiterbildung

Bitte geben Sie an dieser Stelle im Antrag an, welche qualifizierte berufliche Weiterbildung Sie haben. Hierzu zählen beispielhaft folgende Qualifizierungen:

- Meister
- Industriemeister
- Geprüfter Techniker
- Geprüfter Fach- oder Betriebswirt
- Weiterbildung nach dem Berufsbildungsgesetz
- Weiterbildung der Industrie- und Handelskammer
- Weiterbildung an Fachschulen

Akademiker

Jemand, der einen Abschluss von einer staatlichen bzw. staatlich anerkannten Hochschule hat (=Hochschulabschluss).

Hochschulabschlüsse können in Deutschland staatliche Universitäten, Technische Hochschulen, Kunsthochschulen, Fachhochschulen usw. sowie staatlich anerkannte Hochschulen, etwa kirchliche Hochschulen, verleihen.

Personen, die einen Abschluss von einer staatlichen Berufsakademie bzw. dualen Hochschule erhalten haben, sehen wir gleichwertig zu Akademikern (z. B. Absolventen eines dualen Studiums an einer staatlichen Berufsakademie).

Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe							
GD-Nr.	Betreuer-Nr.	Antr-GD	Antrags-Nr.	Ext.-Nr.	VB		Firmenschl.
ADVNR 1	Teil. 1	ADVNR 2	Teil. 2	ADVNR 3	Teil. 3		
Name ADV					Telefonnummer ADV		
Recherche GD / Antragsprüfung GD		Datum	Funktionsstelle	Unterschrift		Tel.-Nr.	
<input type="checkbox"/> Checkliste geprüft <input type="checkbox"/> Recherche telefonisch <input type="checkbox"/> Recherche persönlich <input type="checkbox"/> Antrag gemäß Anweisung geprüft und an HV weitergeleitet.							

Hinweis für den Vertragsabschluss:
Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsnehmer immer durch Ausweisdaten identifiziert werden muss.

Aufzeichnung gemäß Geldwäschegesetz (GwG)

Erklärung des Identifizierenden bei Neuabschluss/Vertragsänderung

Teil A: Identifizierung des Antragstellers (Versicherungsnehmers) – Eine Eigenidentifizierung des VN ist unzulässig.
Bitte fügen Sie dem Antrag eine Kopie/Scan/Foto des Identifizierungsdokuments bei.

1. Der Antragsteller ist eine natürliche Person (Angaben zum Versicherungsnehmer gemäß Ausweis)

Name		Vorname(n)	
Wohnort und Straße (aus dem Personalausweis übernehmen) - (Nur wenn von VN-Anschrift abweichend)			Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Ausweisnummer	Ausstellende Behörde		Ausstellungsdatum
Ausweisart <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis	Ausstellungsort		Gültig bis

2. Der Antragsteller ist eine juristische Person

Name oder Bezeichnung der Firma		Rechtsform *
Registernummer, Abruf am, Amtsgericht (soweit vorhanden)		
Anschrift des Sitzes der Hauptniederlassung der Firma		
Namen der Geschäftsführer, Vorstände, Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter **		
* handelt es sich um ein Einzelunternehmen, bitte zusätzlich die Ausweisdaten des Inhabers unter Punkt 1 aufnehmen. ** handelt es sich bei einem Mitglied des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter ebenfalls um eine juristische Person, so sind o.g. Angaben auch für diese zu erheben.		

Teil B: Identifizierung wirtschaftlich Berechtigte(r)

1. Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder damit verbundene Transaktionen erfolgen auf **fremde Veranlassung**, bzw. der Kunde wurde hierzu **von einem Dritten beauftragt**. Bei juristischen Personen sind die natürlichen Personen anzugeben, die mehr als 25% der Anteile halten.

- abweichender Beitragszahler (bitte den Teil B 2. ausfüllen)
- unwiderruflich Bezugsberechtigter (bitte den Teil B 2. ausfüllen)
- Veranlassung durch einen Dritten (bitte den Teil B 2. ausfüllen)
- Anteilseigner > 25%
- Es existiert keine natürliche Person, die mehr als 25% der Anteile hält (bitte den Teil A 2. ausfüllen).

Bei mehreren wirtschaftlich Berechtigten bitte für jede Person jeweils einen Teil B ausfüllen.

2. Name, alle Vornamen des wirtschaftlich Berechtigten:	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Meldeanschrift:	
Beziehung zum Versicherungsnehmer:	
Herkunft der Gelder (nicht ausfüllen, wenn unwiderruflich Bezugsberechtigter):	
Hintergründe: Bitte erläutern Sie, weshalb die Geschäftsbeziehung/ Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt.	

Teil C: Erklärung zur Feststellung politisch exponierter Personen (PeP)

Ist oder waren einer oder mehrere der in Teil A oder Teil B genannten Personen oder ein unmittelbares Familienmitglied oder eine ihm sonst nahestehende Person eine „Politisch exponierte Person“ (z. B. Regierungschef, Minister, Parlamentsmitglied, Bundesrichter) in Deutschland oder im Ausland?

- Wenn ja, ergänzen Sie bitte hier Informationen zur Person und politischen Funktion:

Personalausweis-/Reisepassdaten

Registerdaten