

Plusminus60.de
Tina Voorgang
Postfach 42 02 23

65103 Wiesbaden

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

wir freuen uns über Ihr Interesse an einem Angebot von plusminus60.de.

Für den Abschluss Ihrer **IDEAL Bestattungsvorsorge** finden Sie die erforderlichen Unterlagen als Anlage.

Mit den Neuregelungen des Versicherungsvertragsgesetzes zum 01.01.2008 ändert sich das bisher bekannte Antragsverfahren für eine Sterbegeldversicherung.

Sie stellen mit beiliegendem Formular eine unverbindliche Angebotsanfrage. Im Anschluss daran erhalten Sie von der Versicherungsgesellschaft ein verbindliches Angebot mit ausführlichen Antragsunterlagen und einer dazugehörigen Annahmeerklärung per Post. Erst mit der von Ihnen unterschriebenen Annahmeerklärung wird Ihre Sterbegeldversicherung wirksam.

Für den Abschluss Ihrer Bestattungsvorsorge benötigen wir zunächst folgende Unterlagen:

- ausgefüllte und unterschriebene „Angebotsanfrage“
- ausgefüllter und unterschriebener „Beratungs- und Dokumentationsverzicht“

Bitte senden Sie die Unterlagen vollständig an

Plusminus60.de
Tina Voorgang
Postfach 42 02 23
65103 Wiesbaden

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns telefonisch unter 0180 – 56 50 77 0 (14 Cent pro Minute) oder per E-Mail info@plusminus60.de.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und hoffen Sie im Kreise unserer zufriedenen Kunden begrüßen zu dürfen

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Plusminus60.de - Team

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. Bitte beachten Sie, dass wir ein verbindliches Angebot nur erstellen können, wenn Sie alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß machen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Zustimmung zum unterbreiteten Angebot auch telefonisch eingeholt werden darf.
(bitte geben Sie nachfolgend unbedingt eine gültige Telefonnummer an)

Interessent und zu Versichernde Person

Herr

Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk

PLZ, Ort

telefonisch erreichbar*

E-Mail*

* freiwillige Angabe

Teil A Bestattungs-Vorsorgevertrag bei der IDEAL Vorsorge GmbH

Zu Versichernde Person: Ich entscheide mich für das Vorsorgemodell:

- BASIS** mit einer Vorsorgesumme von 3.000 € **TRADITION** mit einer Vorsorgesumme von 6.000 €
 STANDARD mit einer Vorsorgesumme von 4.500 € **PRESTIGE** mit einer Vorsorgesumme von 7.500 €

Vertrauensperson für meine Vorsorge Herr Frau

Name, Vorname der Vertrauensperson

Geburtsdatum

Anschrift

Teil B Bestattungs-Vorsorgeversicherung bei der IDEAL Lebensversicherung a.G.

Versicherungsbeginn

01. .200

Eintrittsalter

Jahre

Versicherungsdauer

lebenslang

Versicherungssumme

Vorsorgesumme aus A

Beitragszahlungsdauer

Endalter 85 Jahre*

* Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die zu Versichernde Person das 85. Lebensjahr vollendet.

Beitrag

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich einmalig

€

Bezugsberechtigung im Todesfall: unwiderruflich für die AHORN Aktiengesellschaft

Einzugsermächtigung Bitte ziehen Sie die Beiträge unter dem **Vorbehalt des Zustandekommens des Vertrages** von folgendem Konto ein:

Name, Vorname Kontoinhaber, falls nicht Interessent

Anschrift Kontoinhaber, falls nicht Interessent

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Geldinstitut

Unterschrift Kontoinhaber, falls nicht Interessent

Identifizierungsnachweis Entfällt bei Einzugsermächtigung vom Konto des Interessenten.

Interessent identifiziert sich gemäß Geldwäschegesetz (GWG) durch Vorlage

Personalausweis Reisepass

Ausweisnummer/Passnummer

gültig bis

ausstellende Behörde

Wirtschaftlich Berechtigter

Der Interessent bestätigt, dass er auf eigene Rechnung handelt, sofern er das Vertragsangebot annimmt.

Wichtiger Hinweis:

Bevor Sie die Angebotsanforderung unterschreiben, lesen Sie bitte die Rückseite. Diese enthält die Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Kenntnisnahme und Einverständnis mit dem genannten Punkt.

Ort, Datum

Unterschrift Interessent

Unterschrift Vertriebspartner

VPa-Nummer

Externe VPa-Nummer

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten
Hiermit willige ich ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die IDEAL Lebensversicherung a.G., die IDEAL Versicherung AG und die IDEAL Vorsorge GmbH.
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
3. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft zur Weitergabe an andere Versicherer.
4. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der IDEAL Lebensversicherung a.G., der IDEAL Versicherung AG und der IDEAL Vorsorge GmbH, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.
5. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung / Mitversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer / Mitversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer

weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

6. durch andere Unternehmen / Personen innerhalb und außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a.G., der IDEAL Versicherung AG und der IDEAL Vorsorge GmbH, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen / Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen / Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.
7. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die Unternehmen der IDEAL Gruppe selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholen. Dies kann auch erfolgen durch eine Auskunft (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).
8. zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch Unternehmen der IDEAL Gruppe oder den für mich zuständigen Vertriebspartner.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit einschränken bzw. widerrufen.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen dieses Vertrags sowie für Prüfungen anderweitig beantragter (Versicherungs-) Verträge und bei künftigen Anträgen.

Meine Einwilligung gilt nur, wenn ich vor Vertragsabschluss vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte.

IDEAL Lebensversicherung a.G. · Sitz der Gesellschaft Berlin

Handelsregister Nr. HRB 2074 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Hauptverwaltung: Kochstraße 66 · D-10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Günter Knobloch

Vorstand: Rainer M. Jacobus (Vorsitzender), Stephan Schinnenburg, Olaf Dilge

Telefon: 030/ 25 87 -0 · Fax: 030/ 25 87 -347 · E-Mail: info@ideal-versicherung.de · Nutzen Sie auch unseren Service im Internet unter www.ideal-versicherung.de

IDEAL Vorsorge GmbH · Sitz der Gesellschaft Berlin

Handelsregister Nr. HRB 68811 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Hauptverwaltung: Kochstraße 66 · D-10969 Berlin · Geschäftsführung: Rainer M. Jacobus (Vorsitzender), Stephan Schinnenburg, Olaf Dilge

Telefon: 030/ 25 87-0 · Fax: 030/ 25 87 -347

Tina Voorgang, Postfach 42 02 23, 65103 Wiesbaden

Beratungs- und Dokumentationsverzicht

Ich,

Frau/Herr _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

wünsche eine IDEAL Bestattungs-Vorsorge bei der IDEAL Lebensversicherung a.G.

Auf eine Beratung- und Dokumentation verzichte ich ausdrücklich.

Ich wurde von dem Vermittler darauf hingewiesen, dass sich der Verzicht auf eine Beratung und eine Dokumentation nachteilig darauf auswirken kann, gegen den Vermittler einen Schadensersatzanspruch aufgrund der Verletzung von Beratungs- und Dokumentationspflichten geltend machen zu können.

Ort

Datum

Unterschrift Kunde

Unterschrift Vermittler