

Angebotsanforderung für das IDEAL SterbeGeld

bei der IDEAL Lebensversicherung a. G.

IPOS-Nummer

Onlineinfo hier klicken

Bitte einsenden an:
IVK Versicherungskonzepte
Alte Breite 22 - 34128 Kassel
oder per Fax: 0561-1 53 43



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

Herr

Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum / Ort

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk

Staatsangehörigkeit

PLZ, Ort

E-Mail *

telefonisch erreichbar *

* freiwillige Angabe

Zu Versichernde Person

gleichzeitig Interessent

Herr

Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum / Ort

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk

Staatsangehörigkeit

PLZ, Ort

E-Mail *

telefonisch erreichbar *

* freiwillige Angabe

Bitte erstellen Sie mir ein verbindliches Angebot mit folgenden Rahmendaten:

Versicherungsbeginn

Eintrittsalter (Beginnjahr minus Geburtsjahr)

Beitragszahlungsdauer

Versicherungsdauer

01.

.200

Jahre

Jahre

lebenslang

Versicherungssumme

3.000 €

4.500 €

6.000 €

7.500 €

€

(mind 1.500 €, max. 20.000 €)

mit doppelter Versicherungssumme bei Unfalltod

Beitrag

€

monatlich

vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

einmalig

Bezugsberechtigung im Todesfall

Name, Vorname des Bezugsberechtigten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk

PLZ, Ort

Zusatzleistung der IDEAL Vorsorge GmbH

Rückholkostenversicherung für im Ausland verstorbene Personen ohne Mehrbeitrag.

Einzugsermächtigung für die IDEAL Lebensversicherung a.G.

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 den genannten Punkten.

Ort, Datum

Unterschrift Interessent

Unterschrift Zu Versichernde Person (falls nicht Interessent)

VPa-Nummer

Externe VPa-Nummer

Unterschrift Vertriebspartner

74402

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 sicherzustellen, 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 26 · D-10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Klaus Riebschläger
Vorstand: Rainer M. Jacobus (Vorsitzender), 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 26 · D-10969 Berlin · Geschäftsführung: Thomas Jumpertz, Thomas Neuleuf
Telefon: 030/ 25 87-0 · Fax: 030/ 25 87 -347