

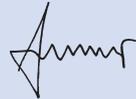
Antrag auf einen

- **VPV Zukunftsplan^{Plus} (ZPP)**
- **VPV Zukunftsplan^{Komfort} (ZP)**
- **VPV Zukunftsplan^{VL} (ZPVL)**

Fondsgebundene Lebens-/Rentenversicherung mit Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Für die beantragte Versicherung (nicht bei Tarif ZPVL) gewähren wir Ihnen vorläufigen Versicherungsschutz. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei der Direktion eingeht. Eine Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall und die bei Berufsunfähigkeit beantragten Versicherungsleistungen. Unsere Leistungen sind im Todesfall auf einen Betrag von höchstens 125.000 € und im Fall der Berufsunfähigkeit auf eine Jahresrente von höchstens 15.000 € begrenzt. Im Einzelnen gelten die Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz, die Ihnen vor Antragstellung ausgehändigt oder auf Wunsch zusammen mit dem Versicherungsschein übersandt werden.

VPV
Lebensversicherungs-AG




Tarife

ZPP	Fondsgebundene Rentenversicherung mit aufgeschobener lebenslanger Rentenzahlung, dynamischer Anpassung, Kapitalwahlrecht, variablem Rentenbeginn und flexibler Verrentung oder Verrentung mit Rentengarantiezeit
ZP	Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung mit aufgeschobener lebenslanger Rentenzahlung, dynamischer Anpassung, Kapitalwahlrecht, variablem Rentenbeginn und flexibler Verrentung oder Verrentung mit Rentengarantiezeit
ZPVL	Fondsgebundene Lebensversicherung nach dem 5. Vermögensbildungsgesetz mit Garantieleistung

Auf Wunsch mit:

- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (in Verbindung mit ZPP und ZP)

Neuantrag

Antragsteller (Versicherungsnehmer/ zu versichernde Person)

- Frau
 Herr

Zu versichernde Person (falls Antragsteller nicht zugleich zu versichernde Person ist)

- Frau
 Herr

Beitragszahlung

Bitte reichen Sie das SEPA-Lastschriftmandatsformular 0.KAB.0157 mit Unterschrift des Kontoinhabers und den Antrag gemeinsam ein. Nur so können wir für Sie die Beiträge einziehen. Andernfalls gehen wir von einer Beitragszahlung per Überweisung aus.

Erklärung des Antragstellers (Versicherungsnehmers) nach dem Geldwäsche- gesetz

- Ich handle auf eigene Veranlassung und wurde von keinem Dritten hierzu beauftragt.
 Ich handle nicht auf eigene Veranlassung und wurde von einem Dritten hierzu beauftragt.

Gewünschter Versicherungsschutz

 Anpassungsrecht¹⁾: keine Anpassung um 4 % jährlich
Ich wünsche % Anpassung jährlich

Fondsgebundene Rentenversicherung (ZPP, ZP)

 90 % Guthabenschutz⁹⁾
 100 % Guthabenschutz⁹⁾

Fondsgebundene Lebensversicherung (ZPVL)

Berufsunfähigkeits- Zusatzversicherung (BUZ)

 Nichtraucher (N) 7) Sofortleistung: einmalig 100% der BUZ-Jahresrente
 Familienbonus 8) Leistung bei Arbeitsunfähigkeit

Beitrag

Zahlungsweise**): monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich Einmalbeitrag

Einmalige Zuzahlung zum Versicherungsbeginn ***

Zuzahlung vom Beitragszahlungskonto abbuchen Zuzahlung wird selbst überwiesen
 Zuzahlung aus Umbuchung aus Vertrags-Nr.

Gesamtbeitrag (ohne Zuzahlung) laut Zahlungsweise

* siehe Wichtige Hinweise zur Überschussbeteiligung ** Bei Tarif ZPVL ist nur monatliche Zahlungsweise möglich *** nicht bei Tarif ZPVL möglich

1) siehe Wichtige Hinweise: Anpassung

2) bei laufender Zahlungsweise

3) unabhängig von dem vereinbarten Rentenbeginn besteht eine Abrufphase bis Alter 85

4) zum vereinbarten Rentenbeginn

(nur relevant bei Verrentung mit Rentengarantiezeit)

5) zugleich Beitragszahlungsdauer

6) maximale Leistungsdauer ab Versicherungsbeginn

7) siehe Wichtige Hinweise: Nichtraucher

8) siehe Wichtige Hinweise: Familienbonus

9) siehe Wichtige Hinweise: Guthabenschutz

Vorversicherungen

Bestehen oder bestanden für den Antragsteller, die zu nein ja versichernde Person oder den Beitragszahler bereits Versicherungen bei der Vereinigten Postversicherung VVaG, der VPV Lebensversicherungs-AG, Kölner Postversicherung VVaG, der Bayerischen Postversicherung, der Postversicherungskasse oder der Post-Sterbekasse?

Versicherungsnummer(n)?

Bezugsberechtigung

(Der Versicherer ist berechtigt, an den Inhaber des Versicherungsscheins zu leisten)

Bezugsberechtigte Person(en) im Todesfall der versicherten Person (Nachname, Vorname, Geb.-Datum)

Bezugsberechtigte Person(en) im Erlebensfall (Nachname, Vorname, Geb.-Datum)

Besondere Vereinbarungen

(siehe auch Wichtige Hinweise sowie § 2 Abs. c) der Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz)

Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? nein ja

Welche?

Vertragsgrundlagen

Für die Versicherung gelten dieser Antrag sowie die Versicherungsbedingungen mit den dazugehörigen Verbraucherinformationen.

Hiermit bestätige ich den Erhalt folgender Dokumente:

- > Beratungsprotokoll
- > Angebotsberechnung
- > Vertragsbestimmungen inkl. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Druckstücknummer

Ich habe diese Unterlagen rechtzeitig vor meiner Antragstellung erhalten und hatte ausreichend Zeit, diese durchzusehen.

Datum	Unterschrift Antragsteller X	Unterschrift gesetzlicher Vertreter X
-------	---------------------------------	--

Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernde Person

Für Anträge, die einen Versicherungsschutz für Berufsunfähigkeit beinhalten, ist die Beantwortung zusätzlicher Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen, zur beruflichen Situation, zu sportlichen Aktivitäten und Auslandsaufenthalten der zu versichernden Person erforderlich. Wir bitten Sie, diese Fragen im Rahmen der Antragsaufnahme auf unserem zusätzlichen Formblatt 1.KAB.0099 bzw. dem persönlichen Risikoprüfungsprotokoll zu beantworten. Nur die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen schützt Sie und Ihre Angehörigen vor Nachteilen.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Wichtigen Hinweise auf der Folgeseite. Sie enthalten Informationen zur Datenverarbeitung und weitere Hinweise; sie sind Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Wichtigen Hinweise zum Inhalt dieses Antrags.

Eigenhändige Unterschriften mit ausgeschriebenen Vor- und Nachnamen

Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer und Antragsteller X	Unterschrift gesetzlicher Vertreter des Versicherungsnehmers (bei Minderjährigen) X
	Unterschrift zu versichernde Person, falls diese nicht Antragsteller ist X	Unterschrift gesetzlicher Vertreter der zu versichernden Person X

Bitte immer vom Vermittler zu beantworten

Wird wegen Überschreiten der Summengrenzen nach unseren Richtlinien eine ärztliche Untersuchung erforderlich? nein ja

Wenn ja, Formular Ärztliches Zeugnis 0.KAB.0003 ausgehändigt? nein ja

Welche zusätzliche Anlage zum Versicherungsantrag ist beigelegt?

Zusätzliche Erklärung 1.KAB.0099 und/oder Formular Nr. _____ gesondertes Blatt

Persönliches Risikoprüfungsprotokoll Nr. _____ RK

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Unterschriften eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den Antragserklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind.

Unterschrift Vermittler

MK	TL	VMNR 1	VMNR 2
----	----	--------	--------

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und die zu versichernde Person

Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.vpv.de/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie auf dieser Seite unser Informationsblatt zur Datenverarbeitung mit einer Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen auch gerne ein aktuelles Informationsblatt mit der Liste und die Verhaltensregeln per Post oder per E-Mail.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Eine Berichtigung Ihrer Daten ist möglich, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Weiterhin haben Sie das Recht, nicht mehr erforderliche und unzulässig gespeicherte Daten sperren oder löschen zu lassen.

Datenverarbeitung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung
Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung im Rahmen der Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Werbung für unser Unternehmen und andere Unternehmen der VPV Versicherungsgruppe sowie zur Markt- und Meinungsforschung verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Sie können Ihre in diesem Abschnitt beschriebenen Rechte geltend machen, indem Sie sich schriftlich wenden an: VPV Versicherungen, Kundenservice, Postfach 31 17 55, 70477 Stuttgart.

Einen gesicherten Kontakt können Sie über die Internetseite www.vpv.de/kontakt aufnehmen. Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Kontaktaufnahme per E-Mail: info@vpv.de oder telefonisch: 07 11 / 13 91-60 00.

Geldwäschegesetz

Nach dem Geldwäschegesetz (GwG) ist die VPV verpflichtet, bei der Begründung der Kundenbeziehung die Identität ihres Vertragspartners festzustellen. Darüber hinaus hat die VPV den wirtschaftlich Berechtigten zu identifizieren. Wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich die natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht. Es kann auch mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben. Handle ich nicht auf eigene Veranlassung, werde ich Ihnen die Angaben zu Namen, Anschrift sowie die erforderlichen Identifikationsdaten des wirtschaftlich Berechtigten im Sinne des Geldwäschegesetzes auf Ihrem Formular 0.KAB.0098 mitteilen.

Anpassung

Bei den Tarifen ZPP und ZP ist (bei laufendem Beitrag) standardmäßig jährlich eine planmäßige Erhöhung der Beiträge um 4 % und der dementsprechenden Berufsunfähigkeitsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vorgesehen. Alternativ kann auf die Anpassung zunächst verzichtet oder ein anderer Prozentsatz vereinbart werden. Zur Verfügung steht eine jährliche Erhöhung um einen festen Prozentsatz von 3, 4, 5, 6, 7 oder 8 %.

Nichtraucher

(Nur in Verbindung mit ABB und ABR):

Nichtraucher (N) ist, wer in den letzten 12 Monaten aktiv kein Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben. Rauchen meint das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeifen oder Wasserpfeifen (zum Beispiel Shishas). Inhalieren meint die Nutzung elektronischer Rauchgeräte, bei denen es zu einer Nikotinaufnahme über das Inhalieren von Aerosol (Dampf oder andere nikotinhaltige Emissionen) kommt, beispielsweise bei E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen oder E-Wasserpfeifen (zum Beispiel E-Shishas).

Bei einem rechnungsmäßigem Eintrittsalter von 10 bis 14 Jahren erfolgt grundsätzlich eine Einstufung als Nichtraucher (N).

Familienbonus

(Nur in Verbindung mit ABB und ABR):

Die Voraussetzungen für den Familienbonus sind erfüllt, wenn mindestens ein leibliches oder adoptiertes, nicht volljähriges Kind der versicherten Person im gleichen Haushalt wie die versicherte Person lebt und die versicherte Person

- in einer Ehe oder
- in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder
- in einer eheähnlichen Gemeinschaft mit identischem Wohnsitz lebt.

Der Familienbonus kann erst ab einem rechnungsmäßigen Eintrittsalter von 18 Jahren gewährt werden.

Überschussbeteiligung (ZPP und ZP)

Überschussanteile werden jeweils für das laufende Kalenderjahr festgesetzt. Sie sind der Höhe nach auf Dauer nicht garantiert und können sich während der Vertragsdauer ändern.

Werden Überschussanteile mit dem Beitrag verrechnet, so kann sich aufgrund einer Änderung der Überschussätze der zu zahlende Beitrag ändern.

Bei Erleben des Rentenbeginns werden das Vertragsguthaben, der Schlussüberschuss und die zugeteilten Bewertungsreserven zur Berechnung der Rentenhöhe verwendet. Die Überschussanteile in der Rentenbezugszeit werden zur Erhöhung der Rente bzw. des Vertragsguthabens (in der flexiblen Rentenphase bei Wahl der flexiblen Rente) verwendet.

Überschussbeteiligung (ZPVL)

Überschussanteile werden jeweils für das laufende Kalenderjahr festgesetzt. Sie sind der Höhe nach auf Dauer nicht garantiert und können sich während der Vertragsdauer ändern. Überdies wird bei Vertragsende der Schlussüberschuss fällig. Dieser ist nicht garantiert und kann bei ungünstiger wirtschaftlicher Lage gekürzt werden oder ganz entfallen.

Überzahlung

Der Gesamtbetrag der eingezahlten Beiträge übersteigt die garantierte Erlebensfallleistung.

Wahl der Verrentungsart

Bei den Tarifen ZPP und ZP kann die Verrentung als klassische Rente mit Rentengarantiezeit oder flexible Rente erfolgen. Sie können die Verrentungsart vor Rentenbeginn ändern. Der Antrag auf Änderung der Verrentungsart muss spätestens einen Monat vor dem vereinbarten Rentenbeginn gestellt werden.

Bei den Tarifen ZPP und ZP erfolgt die Verrentung standardmäßig als flexible Rente, sofern die versicherte Person zu Rentenbeginn rechnerungsmäßig zwischen 60 und 75 Jahren alt ist. Bei jedem anderen Rentenbeginn erfolgt die Verrentung als klassische Rente. Das rechnerungsmäßige Alter bei Rentenbeginn ist die Differenz aus dem Jahr des Rentenbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Kapitalwahlrecht

Bei den Tarifen ZPP und ZP kann anstelle der Rente zum vereinbarten Rentenzahlungsbeginn eine Kapitalabfindung (Kapitaloption) gewährt werden, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt. Der Antrag auf Kapitalabfindung muss spätestens einen Monat vor dem vereinbarten Rentenbeginn gestellt werden.

Sicherungsmanagement

Das kostenfreie Sicherungsmanagement wird während der gesamten Aufschubzeit durchgeführt. Dabei wird die garantierte Erlebensfallleistung bedingungsgemäß erhöht. Sie können das Sicherungsmanagement jederzeit aus- und wieder einschalten, frühestens jedoch zwei Jahre nach dem Versicherungsbeginn.

Guthabenschutz

(Nur in Verbindung mit ZP):

Der kostenfreie Guthabenschutz wird während der gesamten Aufschubzeit durchgeführt, sofern er eingeschaltet ist. Dabei wird die garantierte Erlebensfallleistung bedingungsgemäß erhöht. Je nach gewählter Variante wird die garantierte Erlebensfallleistung durch den Guthabenschutz auf 90 % oder 100 % der Beitragssumme erhöht, sofern das Vertragsguthaben hoch genug ist. Sie können den Guthabenschutz jederzeit aus- oder einschalten, frühestens jedoch zwei Jahre nach Versicherungsbeginn.

Beschwerden

Sie können sich direkt an die Direktion der VPV Versicherungen wenden. Wenn Sie nicht zuerst mit uns über Ihr Anliegen sprechen möchten, können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, wenden. Zudem haben Sie als Verbraucher die Möglichkeit, sich bei Beschwerden gegen uns als Ihren Versicherer an den Versicherungsombudsmann (Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Telefon: 0 800 / 36 96 000, Telefax: 0 800 / 36 99 000, www.versicherungsombudsmann.de) zu wenden. Dort haben Sie die Möglichkeit eines kostenlosen außergerichtlichen Schlichtungsverfahrens. Der Beschwerdegegenstand darf nicht bereits vor einem Gericht, Schiedsgericht oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung anhängig sein oder entschieden oder geschlichtet worden sein. Der Ombudsmann behandelt Ihre Beschwerde erst, wenn Sie Ihren Anspruch bei uns geltend gemacht haben und uns 6 Wochen Zeit für unsere Entscheidung gegeben haben.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen das Basisinformationsblatt zur Verfügung gestellt worden ist und

- der Versicherungsschein
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

VPV Lebensversicherungs-AG
Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart oder
Postfach 31 17 55, 70477 Stuttgart

Ein Widerruf per Telefax ist an folgende Faxnummer zu richten: 07 11/13 91-60 01

Ein Widerruf per E-Mail ist an folgende E-Mail-Adresse zu richten: info@vpv.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Anschreiben zum Versicherungsschein auf Seite 2 ausgewiesenen Betrag. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile hat der Versicherer Ihnen auszuzahlen. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen
Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;

2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;

5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit des Versicherers;

6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;

7. a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;

- b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;

8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;

9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;

10. den Hinweis, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen;

11. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

12. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

13. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;

- b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;

14. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form

15. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Be-

ziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;

16. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;

17. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;

18. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;

19. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser

Lebensversicherung

Bei dieser Lebensversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;

2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;

3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;

4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;

5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;

6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;

7. Angaben über die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte;

8. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung;

9. die Minderung der Wertentwicklung durch Kosten in Prozentpunkten (Effektivkosten) bis zum Beginn der Auszahlungsphase;

10. den Hinweis, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

Ende der Widerrufsbelehrung



Der Vorsorgeberater seit 1827

SEPA-Lastschriftmandat

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Name, Vorname

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen zum Antrag vom

T T M M J J J J

Zahlungsempfänger

VPV Lebensversicherungs-AG

VPV Allgemeine Versicherungs-AG

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE96LAG00000064686

DE85SAG00000064690

Das Mandat wird nur dem Zahlungsempfänger erteilt, mit dem ein Vertrag geschlossen wird.

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt. Der Lastschrifteinzug wird mindestens 5 Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Beitragszahler (falls nicht Versicherungsnehmer)

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr. LKZ PLZ Wohnort

IBAN

LKZ Prüfz. BLZ Kontonummer zusätzlich Auslands-IBAN

Kreditinstitut Name BIC

Erklärung zum Geldwäschegesetz (nur bei abweichendem Beitragszahler der VPV Lebensversicherungs-AG)

Angabe der Beziehung/ Verwandtschaftsverhältnis Kontoinhaber zu Versicherungsnehmer

Elternteil, Großelternteil, Kind oder Enkel Onkel/Tante Lebenspartner

Sonstige (bitte konkretisieren) _____

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Rückerstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Zusätzliche Erklärung zum Versicherungsantrag vom



Der Vorsorgeberater seit 1827

Versicherungsnehmer	Geburtsdatum
Versicherte Person	Geburtsdatum

Wichtiger Hinweis über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG und bezüglich der Regelungen zum Gendiagnostik-Gesetz (GenDG):

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Ihnen von uns in Textform gestellten Fragen beantworten.

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig, auch wenn Sie bestimmten Umständen nur geringe oder keine Bedeutung beimessen. Diese Angaben werden Bestandteil des von Ihnen angestrebten Versicherungsvertrages.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.

Ergebnisse oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen sind nicht anzugeben, es sei denn, es wird eine Versicherungssumme von mehr als 300.000 Euro bzw. eine Jahresrente von mehr als 30.000 Euro vereinbart.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die Wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefährerheblichen Umstände und die Beantwortung der an Sie gestellten Fragen verantwortlich.

Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht entnehmen Sie bitte den nachstehenden Informationen:

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Die Rückzahlung der Beiträge für die bis zum Wirksamwerden des Rücktritts abgelaufene Vertragszeit können Sie nicht verlangen. Bei einem Rücktritt haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

3. Vertragsanpassung

Unser Rücktritts- (außer im Falle einer vorsätzlichen Anzeigepflichtverletzung) oder unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Diese anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen hin rückwirkend, bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht erst ab der laufenden Versicherungsperiode, Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Auf dieses Recht müssen wir Sie in unserer Mitteilung gesondert hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich

geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Vertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung, der Anfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Vertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Vertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

6. Arglist

Unser Recht, im Falle einer arglistigen Anzeigepflichtverletzung den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Falle einer wirksamen Arglistanfechtung sind wir nicht zur Leistung aus dem angefochtenen Versicherungsvertrag verpflichtet.

Daher kontrollieren Sie bitte sorgfältig, ob alle Fragen vollständig und korrekt beantwortet sind, bevor Sie den Antrag unterschreiben. Dies gilt auch, wenn Ihnen eine andere Person beim Ausfüllen des Antrags geholfen hat.

Für fondsgebundene Lebensversicherungen nach Tarif PVL bis max. 40 Jahre Versicherungsdauer

Fragen zur versicherten Person bezüglich der derzeitigen gesundheitlichen Gegebenheiten

1.1 Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an:

cm	kg
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen? nein ja

Hierzu gehören u.a. Fehlbildungen, Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen, Verlust eines Auges.

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behindereneigenschaft (MdE/GdB) oder einer Pflegestufe? nein ja

Wurde eine Pflegestufe anerkannt oder beantragt? nein ja

Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion, bzw. besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre ein positiver Test auf Hepatitis B oder Hepatitis C? nein ja

oder warten Sie noch auf das Testergebnis? nein ja

Wshe?
<input type="checkbox"/> MdE <input type="checkbox"/> GdB
_____ % _____ seit _____ seit
Gründe für MdE, GdB
Pflegestufe (I, II, III)
<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> anerkannt seit _____
<input type="checkbox"/> positives Testergebnis
<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C
<input type="checkbox"/> erwarte noch Testergebnis für
<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C

1.3 Bitte geben Sie hier Ihren Hausarzt an

kein Hausarzt vorhanden; dann bitte Angabe des am besten informierten nichtärztlichen Therapeuten oder des Krankenversicherers

Name und Anschrift
Name, Ort

Bitte beachten Sie, dass wir nicht notwendigerweise den von Ihnen angegebenen Behandler kontaktieren. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Ihnen hier gestellten Fragen zu beantworten, damit wir die Ihnen bekannten Gefahrumstände bei der Entscheidung zur Risikübernahme berücksichtigen können.

Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)

Zu folgenden Fragen habe ich keine Antwort gegeben und reiche daher die Angaben, die ich hier nicht machen möchte, unverzüglich und schriftlich nach.

Zusätzliche Angaben liegen anbei Anzahl Extrablätter: _____ Es folgen noch Angaben Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Schweigepflichtentbindung

Die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung erfolgen gesondert.

Ich bestätige hiermit, die Rechtsfolgenbelehrung bezüglich meiner gesetzlichen Verpflichtung zur Anzeige aller mir bekannten und für die Übernahme der Gefahrerheblichen Umstände gelesen und verstanden zu haben. Alle mir dazu gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Versicherungsnehmers
	X	X
Unterschrift des Vermittlers	Unterschrift zu vers. Person, falls nicht Versicherungsnehmer	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person
X	X	X

Identifizierung nach dem Geldwäsche-Gesetz und weitere Mitteilungspflichten

Antrag vom _____ Versicherungs-Nr., soweit bekannt _____

Antragsteller (Vertragspartner) _____

1. Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten nach dem Geldwäsche-Gesetz

- Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung und wurde von keinem Dritten hierzu beauftragt.
 oder Der Antragsteller handelt **nicht** auf eigene Veranlassung und wurde von einem Dritten hierzu beauftragt (Auftraggeber):

Name, Vorname, Firma, Verband usw. mit Adresse, Staatsangehörigkeit, Geburtsdatum (bei natürlicher Person) 1.	Anteil %
Name, Vorname, Firma, Verband usw. mit Adresse, Staatsangehörigkeit, Geburtsdatum (bei natürlicher Person) 2.	Anteil %

- Bei Direktversicherungen wird der Beitrag per Lastschrift vom Konto des Arbeitgebers eingezogen (keine weitere Angaben erforderlich)
 oder Bei Direktversicherungen wird der Beitrag von folgendem Konto des Arbeitgebers überwiesen:

IBAN

LKZ	Prüfz.	BLZ	Kontonummer	zusätzlich Auslands-IBAN

Kreditinstitut Name	BIC

2. Identifizierung des Antragstellers (Vertragspartners) nach dem Geldwäsche-Gesetz

Der Antragsteller (Vertragspartner) wird wie folgt als eine natürliche Person identifiziert:

Ausgewiesen durch ein aktuell vorgelegtes und in Kopie beigefügtes Ausweisdokument. Gültig bis: _____

3. Politisch exponierte Personen – PEP

- Bei dem Antragsteller (Vertragspartner) / Bei dem abweichenden wirtschaftlich Berechtigten / Bei dem/den Bezugsberechtigten handelt es sich um **keine** politisch exponierte Person.
 Bei dem Antragsteller (Vertragspartner) / Bei dem wirtschaftlich Berechtigten / Bei dem/den Bezugsberechtigten handelt es sich um **eine** politisch exponierte Person.
 Bei dem Antragsteller (Vertragspartner) / Bei dem wirtschaftlich Berechtigten / Bei dem/den Bezugsberechtigten handelt es sich um ein Familienmitglied oder eine bekanntermaßen nahe stehende Person einer politisch exponierten Person.

Angaben zum Amt / zur Tätigkeit:
Vor- und Nachname der Person (PEP): (Verwandtschafts-)Verhältnis zum Antragsteller (Vertragspartner) / wirtschaftlich Berechtigten / Bezugsberechtigten

4. Weitere Mitteilungspflichten

Besteht für den Antragsteller eine steuerliche Ansässigkeit außerhalb Deutschlands oder eine US-Staatsbürgerschaft oder eine US-Steuerpflicht? ja nein
 (Wenn eines der Kriterien zutrifft, bitte Formular 0.KAB.0225 einreichen)

Datum	Name, VM-Nr. des Vermittlers	Unterschrift des Vermittlers

Erläuterungen zu Ziffer 1:

Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

(wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich die natürliche Person, die den wirtschaftlichen Nutzen aus dem Vertrag zieht bzw. in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Antragsteller/Vertragspartner letztlich steht. Es kann mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben.)

- Hier muss der wirtschaftlich Berechtigte angegeben werden; d.h. ob der Antragsteller/Vertragspartner auf eigene Veranlassung oder nicht auf eigene Veranlassung, sondern im Auftrag eines Dritten handelt. Es ist das zutreffende Kästchen anzukreuzen. Handelt der Antragsteller/Vertragspartner nicht auf eigene Veranlassung, sondern im Auftrag eines Dritten, so müssen Name, Anschrift, Geburtsdatum und Staatsangehörigkeit des/der Dritten festgehalten werden.

Bei juristischen Personen (Firma, Gesellschaft, Verband, Verein etc.) ist immer zu fragen, ob und wenn ja welche Person mehr als 25 % der Stimmrechte kontrolliert oder mehr als 25 % der Kapitalanteile hält.

Im Falle von rechtsfähigen Stiftungen und Rechtsgestaltungen, mit denen treuhänderisch Vermögen verwaltet oder verteilt oder die Verwaltung oder Verteilung durch Dritte beauftragt wird ist dies jede Person, die als Treugeber handelt oder auf sonstige Weise 25 Prozent oder mehr des Vermögens kontrolliert oder die als Begünstigte von 25 Prozent oder mehr des verwalteten Vermögens bestimmt worden ist oder die auf sonstige Weise unmittelbar oder mittelbar beherrschenden Einfluss auf die Vermögensverwaltung oder Ertragsverteilung ausübt.

Handelt es sich um eine Gesellschaft, die am organisierten Markt notiert ist (börsennotierte Aktiengesellschaften bzw. Kommanditgesellschaften auf Aktien), so entfällt die Pflicht zur Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten (hier ist ggf. ein entsprechender Vermerk anzubringen).

Sofern bei Direktversicherungen der Beitrag nicht per Lastschrift vom Konto des Arbeitgebers eingezogen wird, ist das Konto des Arbeitgebers anzugeben, von dem der Beitrag überwiesen wird. (Der Geldeingang von diesem Konto wird vom Kundenberater in der VPV überwacht). Eine Identifizierung des Antragstellers/Vertragspartners ist somit nicht erforderlich.

Auch bei folgenden Fallgestaltungen, die auf eine Fremdnützigkeit schließen lassen, ist davon auszugehen, dass eine andere Person als der Antragsteller/Vertragspartner wirtschaftlich Berechtigter ist:

- unwiderrufliches Bezugsrecht,
- abweichender Bezugsberechtigter im Erlebensfall,
- Abtretungsgläubiger/Zessionar ist keine Bank,
- abweichender Beitragszahler ohne nachvollziehbare Beziehung zum Antragsteller/Vertragspartner

Erläuterungen zu Ziffer 2:

Identifizierung des Antragstellers (Vertragspartners)

Es sollte grundsätzlich immer das Lastschriftinzugsverfahren angestrebt werden. Hierbei sind bereits im Antrag/SEPA-Lastschriftmandat Name und Anschrift sowie die Bankdaten anzugeben. Die Identifizierung des Antragstellers (Vertragspartners) ist dennoch bei jeder Antragstellung erneut vorzunehmen (Ausnahmen: Wenn bereits eine frühere Identifizierung vorgenommen wurde, welche den aktuellen Anforderungen entsprechen muss und bei Direktversicherungen – siehe Erläuterungen zu Ziffer 1). Werden mehrere Anträge **gleichzeitig** gestellt, ist **eine** Identifizierung ausreichend. Alle notwendigen Daten sind vom Abschlussvermittler zu erfassen. Diese sind je nach natürlicher oder juristischer Person unterschiedlich.

Bei einer natürlichen Person erfolgt dies durch Einsichtnahme in ein gültiges amtliches Ausweisdokument und Kopien von dessen Vorder- und Rückseite.

Bei einer juristischen Person erfolgt dies durch Einsichtnahme in ein amtliches Register/Handelsregister (ggf. Auszug daraus), durch Heranziehung der Gründungs- oder gleichwertiger beweiskräftiger Dokumente. Es sind Angaben über die Register-/Handelsregisternummer und die Namen der Mitglieder des Vertretungsorgans (z.B. Vorstand, Geschäftsführer, Gesellschafter) zu max. 5 Vertretern erforderlich (ggf. Zusatzblatt verwenden).

Erläuterungen zu Ziffer 3:

Politisch exponierte Personen – PEP

Das Geldwäschegesetz definiert politisch exponierte Personen als diejenigen natürlichen Personen,

- a) die ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt ausüben oder innerhalb des letzten Jahres ausgeübt haben
- b) und deren unmittelbare Familienmitglieder
- c) oder ihnen bekanntermaßen nahestehende Personen

zu a): Personen, die ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt ausüben oder ausgeübt haben, sind:

- Staatschefs, Regierungschefs, Minister, Mitglieder der Europäischen Kommission, stellvertretende Minister und Staatssekretäre
- Parlamentsabgeordnete und Mitglieder vergleichbarer Gesetzgebungsorgane
- Mitglieder der Führungsgremien politischer Parteien
- Mitglieder von obersten Gerichtshöfen oder sonstigen hohen Gerichten
- Mitglieder der Leitungsorgane von Rechnungshöfen oder von Zentralbanken
- Botschafter, Geschäftsträger und Verteidigungsattachés
- Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- und Aufsichtsorgane staats-eigener Unternehmen

Öffentliche Ämter unterhalb der nationalen Ebene gelten in der Regel nur dann als wichtig, wenn deren politische Bedeutung mit der ähnlicher Positionen auf nationaler Ebene vergleichbar ist.

zu b): unmittelbare Familienmitglieder sind:

- der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner
- die Kinder und deren Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner
- jeder Elternteil

zu c): Bekanntermaßen nahestehende Personen sind:

- jede natürliche Person, die bekanntermaßen mit einer unter a) fallenden Person gemeinsame wirtschaftliche Eigentümerin von Rechtspersonen und Rechtsvereinbarungen ist oder sonstige enge Geschäftsbeziehungen zu dieser Person unterhält
- jede natürliche Person, die alleinige wirtschaftliche Eigentümerin einer Rechtsperson oder Rechtsvereinbarung ist, die bekanntermaßen tatsächlich zum Nutzen einer in a) genannten Person errichtet wurde

In der Erklärung ist grundsätzlich eines der Kästchen anzukreuzen, wenn der Antragsteller/Vertragspartner, ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder ein Bezugsberechtigter eine natürliche Person ist.

- Handelt es sich um keine politisch exponierte Person, erfolgen neben dem angekreuzten Kästchen keine weiteren Angaben.
- Handelt es sich um eine politisch exponierte Person, sind weitere Angaben zum Amt/zur Tätigkeit zu machen (Parlaments-/Regierungsmitglied, Staatssekretär, etc.).
- Handelt es sich um ein Familienmitglied oder eine bekanntermaßen nahe stehende Person zu einer politisch exponierten Person, sind neben der Angabe zu deren Amt/zur deren Tätigkeit noch der Name der PEP und das (Verwandschafts-) Verhältnis einzutragen.

Unterschriftszeile

Das Formular ist von dem Abschlussvermittler zu unterschreiben, der die Identifizierung, die Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten und einer politisch exponierten Person vornimmt. Das Formular darf also keinesfalls von einer anderen Person ausgefüllt und unterschrieben werden – auch nicht in Vertretung.

Fehlt die Unterschrift oder fehlen die erforderlichen Angaben, muss das Formular zur Vervollständigung zurückgegeben werden. Änderungen und Ergänzungen der Daten dürfen nur mit Wissen des Antragstellers/Vertragspartners vorgenommen werden. Die Policing der Versicherung kann erst nach Eingang der fehlenden Daten erfolgen.

Versicherungsantrag vom _____ bei der VPV Lebensversicherungs-AG

Antragsteller	Geburtsdatum
zu versichernde Person	Geburtsdatum

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten/ Daten i.S.v. § 203 StGB und Schweigepflichtentbindungserklärung ¹

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die **VPV Lebensversicherungs-AG**, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Lebensversicherungsunternehmen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen (siehe Punkt 3.) weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben und jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse (siehe unter 3.2.) zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten
- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der VPV Lebensversicherungs-AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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.

Hinweis:

Sofern für den Abschluss Ihres Versicherungsvertrages keine Gesundheitsdaten erforderlich sind, sind für die Bearbeitung Ihres Antrages nur die nachfolgenden Erklärungen unter Punkt 3 und 3.2 bis 3.4 maßgeblich. In diesem Fall erstrecken sich die dort abgedruckten Erklärungen inhaltlich jeweils lediglich auf eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten nach § 203 StGB.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch uns

Ich willige ein, dass die VPV Lebensversicherungs-AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die VPV Lebensversicherungs-AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die VPV Lebensversicherungs-AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die VPV Lebensversicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die VPV Lebensversicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die VPV Lebensversicherungs-AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die VPV Lebensversicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die VPV Lebensversicherungs-AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die VPV Lebensversicherungs-AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der VPV

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die VPV Lebensversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die VPV Lebensversicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die VPV Lebensversicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der VPV Versicherungsgruppe, wie z.B. der VPV-Service GmbH oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten 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 Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.vpv.de/datenschutz eingesehen oder bei der VPV Lebensversicherungs-AG, Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart, Telefon: 07 11 / 13 91-60 00, Telefax: 07 11 / 13 91-60 01, E-Mail: info@vpv.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die VPV Lebensversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die VPV Lebensversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der VPV Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

¹ Der Text der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzbehörden aufsichtsrechtlich abgestimmt.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 Gesundheitsangaben verwendet.

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

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die VPV Lebensversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die VPV Lebensversicherungs-AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen,

Datum

Unterschrift des Antragstellers

X

Unterschrift der zu versichernden Person, falls nicht Antragsteller (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

X

dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie beratende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die VPV Lebensversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die VPV Lebensversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Antragstellers

X

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person

X

Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen Vermögensbildung mit vermögenswirksamen Leistungen



Der Vorsorgeberater seit 1827

der VPV Lebensversicherungs-AG

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Personalabteilung

Antragsteller

(Arbeitnehmer)

Frau Herr

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Kontoverbindung der VPV Versicherungen:

Landesbank Baden-Württemberg 1166338 (BLZ 600 501 01)
IBAN: DE78 6005 0101 0001 1663 38, BIC: SOLADEST600

Zahlungsweise: monatlich

Personal-Nummer Abteilung

Verwendungszweck / Versicherungsnummer

Ich beantrage gemäß dem 5. Vermögensbildungsgesetz

monatlich ab

den Betrag in Höhe von €

entsprechend dem betrieblichen Zahlungsrhythmus auf das oben genannte Konto, unter Angabe der Versicherungsnummer zu überweisen.

Früher getroffene Entscheidungen über die Anlage vermögenswirksamer Leistungen werden hiermit widerrufen bzw. geändert.

Bestätigung:

Hiermit wird bestätigt, dass der erste von Ihnen überwiesene Beitrag für eine Kapitalversicherung (Versicherungs-Nr. siehe oben) gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 7 und § 9 des 5. VermBG verwendet wird.

VPV LEBENSVERSICHERUNGS-AG

Wichtige Information für den Arbeitgeber:

Zahlen Sie nicht monatlich, bitten wir um einen schriftlichen Bescheid über den betrieblichen Zahlungsrhythmus an

VPV Versicherungen
Postfach 31 17 55
70477 Stuttgart

unter Angabe der Versicherungs-Nr. und Name des Versicherungsnehmers.

Unterschriften Unterschrift des Antragstellers Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

VPV Lebensversicherungs-AG
AG Stuttgart · HRB-Nr. 15 279 · USt-IdNr. DE235821402
Sitz: Mittlerer Pfad 19 · 70499 Stuttgart
Vors. des Aufsichtsrats: Rolf Büttner
Vorstand: Klaus Brenner (Vors.),
Steffen Guttenbacher, Dietmar Stumböck

Telefon: 07 11/ 13 91-60 00
Telefax: 07 11/ 13 91-60 01
E-Mail: info@vpv.de · Internet: www.vpv.de
sichere elektronische Kommunikation:
www.vpv.de/kontakt

Bitte zusammen mit dem Versicherungsantrag einreichen. Zur Weiterleitung an den Arbeitgeber.



Der Vorsorgeberater seit 1827

Bestätigung Eignungsprüfung

Hiermit wird bestätigt, dass mit dem Kunden im Rahmen der Vermittlung des beigefügten Antrags eine Eignungsprüfung durchgeführt und gegebenenfalls erforderliche Warnhinweise ausgesprochen wurden.

Name, Vorname (Kunde)

Straße

PLZ, Ort

Diese Eignungsprüfung diente der Einschätzung der individuellen Situation, um bei der Empfehlung eines geeigneten Versicherungsanlageprodukts die persönlichen Interessen und Bedürfnisse des Kunden bestmöglichst zu berücksichtigen.

Rechtsbezug:

Bei der Beratung zu einem Versicherungsanlageprodukt ist gemäß § 7c Abs. 1 VVG folgendes zu erfragen:

1. Kenntnisse und Erfahrungen der Versicherungsnehmers im Anlagebereich in Bezug auf den speziellen Produkttyp oder den speziellen Typ der Dienstleistung,
2. die finanziellen Verhältnisse des Versicherungsnehmers, einschließlich der Fähigkeit des Versicherungsnehmers, Verluste zu tragen, und
3. die Anlageziele, einschließlich der Risikotoleranz des Versicherungsnehmers.

Bestätigung Makler/Mehrfachvertreter

Name, Vorname (Makler/Mehrfachvertreter)

Vermittlernummer

Ort, Datum

Unterschrift Makler/Mehrfachvertreter