

Antrag auf Abschluss einer Sterbegeldversicherung

Gewünschter Versicherungsbeginn:



Mitglieds-Nr. (wird von der KölnVorsorge eingetragen):

1. Personendaten

Name, Vorname: _____ männlich weiblich

Geburtsdatum: _____ Telefon privat: _____

Straße: _____ Telefon dienstlich: _____

PLZ/Wohnort: _____ Email: _____

2. Gesundheitszustand

Liegen derzeit oder lagen in den letzten drei Jahren Krankheiten vor, die ein lebensverkürzendes Risiko mit sich bringen könnten (z.B. organische Erkrankungen, Operationen, chronische Krankheitsbilder mittlerer bis schwerer Art)? In Zweifelsfällen Krankheiten bitte immer angeben.

Nein Ja

Wenn ja, welche (ggf. Anlage/n beifügen)?

3. Aufnahmeberechtigung

- Selbst**, als Beschäftigte/r im öffentlichen Dienst in Köln, einer öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaft bzw. deren Einrichtungen in Köln oder eines Unternehmens in Köln mit direkter oder indirekter Beteiligung einer Person des öffentlichen Rechts, der Gemeinsamen Betriebskrankenkasse (GBK), der Zusatzversorgungskasse (ZVK) der Stadt Köln, als ehemals Beschäftigte/r mit beamtenrechtlichen Versorgungsansprüchen oder Zusatzversicherungsansprüchen einer der vorgenannten Dienstherrn/Arbeitgeber, als Versicherte/r der GBK oder ZVK oder als politischer Mandatsträger/in oder Mitarbeiter/in einer Fraktion (Stadt Köln) aufnahmeberechtigt.

Bezeichnung und Anschrift der Dienststelle/Behörde/Einrichtung/des Unternehmens bzw. Versicherungsnummer der GBK/ZVK:

oder

Art der Angehörigkeit (Ehegatte, Tochter, Nefte, etc.) oder Lebenspartnerschaft

- Als Angehörige/r oder Lebenspartner/in**

von:

_____ aufnahmeberechtigt.
Vor- und Zuname, Geburtsdatum, ggf. Mitgliedsnummer KölnVorsorge, Beschäftigungsstelle

- Angehörige i.S. einer **eheähnlichen Gemeinschaft** nach dem Sozialhilferecht fügen bitte eine von beiden Partnern unterschriebene gemeinsame Erklärung über das Bestehen der Lebenspartnerschaft bei.
- Angehörige einer **Lebenspartnerschaft** i.S. des § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz fügen bitte eine Bescheinigung der für die Beurkundung der Partnerschaft zuständigen Behörde (in Köln: Standesamt) bei.

4. gewünschter Beitragstarif

- Beitragszahlung bis zum Ableben (**Tarif 1**)
- Beitragszahlung bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres, Abschluss bis vor Vollendung des 54. Lebensjahres möglich (**Tarif 2**)
- Tarif für **minderjährige Kinder** (nur Grundversicherung möglich)

5. gewünschter Versicherungsschutz

1.000,00 €	3.000,00 €	5.000,00 €
2.000,00 €	4.000,00 €	6.000,00 €

6. Ich bin auf die KölnVorsorge aufmerksam geworden durch:

(z.B. Inter-/Intranet, Printmedien, Empfehlung von, etc.)

zur Unterschrift bitte wenden

7. Bezugsberechtigung

Das Sterbegeld soll im Falle meines Ablebens gezahlt werden an:

den/die jeweiligen Erben

oder

an folgende Personen:

1.

Vor- u. Zuname

Geburtsdatum

Anschrift

im Falle des Ablebens der Person nach Nr. 1:

2.

Vor- u. Zuname

Geburtsdatum

Anschrift

8. SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Gläubiger-Identifikationsnummer DE97ZZZ00000130046

Mandats-Referenz-Nr.: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die KölnVorsorge Sterbeversicherung VVaG Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KölnVorsorge auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

BIC

IBAN

Kreditinstitut

Vor- und Zuname Kontoinhaber/in
(sofern abweichend, bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift Kontoinhaber/in

Der Einzug, am Ersten des jeweiligen Zahlmonats, soll

monatlich

vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

erfolgen.

Fällt dieser Tag auf einen Wochenend- oder Feiertag, so verschiebt sich der Einzug auf den ersten darauf folgenden Werktag.

9. Erklärung

Ich habe das Produktinformationsblatt der KölnVorsorge - insbesondere die darin enthaltenen Angaben, die für den Abschluss des Versicherungsvertrages von wesentlicher Bedeutung sind - sowie die Regelungen zum Widerruf und die Folgen von Falschangaben zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den daraus entstehenden gegenseitigen Rechten und Pflichten einverstanden.

Ich ermächtige den Versicherer zur Beurteilung des zu versichernden Risikos bzw. der Leistungspflicht personenbezogene Gesundheitsdaten bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden einzuholen. Diese Ermächtigung gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und für die Dauer von drei Jahren ab Versicherungsbeginn. Vor der Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bin ich zu unterrichten; ich kann der Erhebung widersprechen.

Ferner willige ich ein, dass der Versicherer personenbezogene Daten im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes-neu verarbeitet, soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist.

Ich versichere auch, dass die von mir vorstehend gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen erfolgt sind und ich nichts - was einem Vertragsabschluss mit der KölnVorsorge entgegenstehen könnte - verschwiegen habe.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des
Erziehungsberechtigten)