

Antrag auf Erhöhung der Sterbegeldversicherung

gewünschter Versicherungsbeginn:



Mitglieds-Nr.:

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. Anschrift und Bezeichnung (Gliederungsziffer) Ihrer Behörde/Dienststelle/Einrichtung/Ihres Unternehmens:

4. Gewünschter Versicherungsschutz

4.1 bisheriger Versicherungsschutz:

Grundversicherung plus ____ Zusatzversicherung/en

4.2 zusätzlich gewünschter Versicherungsschutz:

Anzahl der Zusatzversicherungen ____

Insgesamt sind bis zu 5 Zusatzversicherungen (inkl. der bereits bestehenden Zusatzversicherung/en) möglich.

In Zweifelsfällen fragen Sie bitte nach den Aufstockungsmöglichkeiten zu Ihrem bereits bestehenden Versicherungsvertrag.

zur Unterschrift bitte wenden

5. 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

6. 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.

7. Erklärung

Ich habe das Produktinformationsblatt der KölnVorsorge - insbesondere die darin enthaltenen Angaben, die für den Abschluss und die Erhöhung 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