

# Antrag auf Abschluss einer Sterbegeldversicherung

Zum 1. des laufenden Monats oder später:



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

## 1. Personendaten

weiblich  männlich  divers  keine Angabe

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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 Mitarbeitende im öffentlichen Dienst, einer öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaft bzw. deren Einrichtungen oder eines Unternehmens in der Region Köln/Bonn mit direkter oder indirekter Beteiligung einer Person des öffentlichen Rechts, der Gemeinsamen Betriebskrankenkasse (GBK), der Zusatzversorgungskasse (ZVK) der Region Köln/Bonn, als ehemals Mitarbeitende mit beamtenrechtlichen Versorgungsansprüchen oder Zusatzversicherungsansprüchen einer der vorgenannten dienst- und arbeitgebende Stellen, als Versicherungsnehmende der GBK oder ZVK oder als politische Mandatstragende oder Mitarbeitende einer Fraktion in der Region Köln/Bonn aufnahmeberechtigt.

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

oder

- Als Angehörige\*r oder Lebenspartner\*in**

Art der Angehörigkeit (Ehegatte\*in, Tochter/Sohn, Nichte/Neffe, etc.) oder Lebenspartnerschaft

von:

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

- Angehörige i.S. einer **ehemähnlichen Gemeinschaft** nach dem Sozialhilferecht fügen bitte eine von beiden Beteiligten 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 Erbberechtigten

**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 die KölnVorsorge zur Beurteilung des zu versichernden Risikos bzw. der Leistungspflicht personenbezogene Gesundheitsdaten bei Ärzteschaften, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Versicherungsunternehmen 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 die KölnVorsorge 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 der\*des  
Erziehungsberechtigten)