

Firmenantrag auf betriebliche Altersversorgung

- Opting Out**
 Versicherung über das Versorgungswerk

Versicherungsnummer	RINR	21520
---------------------	------	-------

Bereits Kunde?	Versicherungs-/Kundennummer:
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Bedingungen für Einzelanträge im Rahmen von Kollektivvereinbarungen bzw. für Meldelisten im Rahmen von Kollektivverträgen

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

1 Antragsteller/Versicherungsnehmer (Arbeitgeber)

Firma	Firmenname	Registernummer	Rechtsform	Branche
	Straße Hausnummer, PLZ Ort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)			Geschäftssitzland
E-Mail*	Mobilfunknummer*	Telefonnummer*	Telefaxnummer*	

Ich willige in die Verarbeitung meiner oben angegebenen digitalen Kontaktdaten (E-Mail und Mobilfunknummer) ein. Diese Angaben werden für das digitale Angebot der SIGNAL IDUNA (bspw. elektronischer Postversand, Nutzung des Portals „meine.signal-iduna.de“, Registrierung in der „meine SIGNAL IDUNA App“) benötigt. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an SIGNAL IDUNA Gruppe, Hauptverwaltung Dortmund, Joseph-Scherer-Str. 3, D-44139 Dortmund. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter <https://www.signal-iduna.de/datenschutzinfo.php>.

Ich willige darin ein, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe**, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe** beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine **Kontaktdaten** für die E-Mail-, SMS-, Telefon- und Fax-Kommunikation, im Rahmen der **regelmäßigen Kundenbetreuung** nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen diesen Vertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe** gerichtet sind. Meine Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an SIGNAL IDUNA Gruppe, Hauptverwaltung Dortmund, Joseph-Scherer-Str. 3, D-44139 Dortmund.

Bitte ankreuzen*	<input type="checkbox"/> ja, für E-Mail	<input type="checkbox"/> ja, für SMS	<input type="checkbox"/> ja, für Telefonnummer	<input type="checkbox"/> ja, für Telefaxnummer
------------------	---	--------------------------------------	--	--

* Freiwillige Angaben ** Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: siehe Angaben in der Dienstleisterliste

2 Beitragszahlung und SEPA-Lastschriftmandat

Beitragszahlung laufend	oder Einlösungsbeitrag	<input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren (Das SEPA-Lastschriftmandat gilt auch für eine evtl. vereinbarte Zuzahlung zum Versicherungsbeginn)
<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Überweisung nach Zahlungsaufforderung (nicht bei monatlicher Beitragszahlung)
<input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Die Beitragszahlungsweise wird im Einzelantrag gewählt.

SEPA-Lastschriftmandat (Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN)) - Bei abweichendem Kontoinhaber bitte Formular 06052xx ausfüllen.

Das Lastschriftverfahren für die Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe wird durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund (**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81 ZZZ 00000103174**) ausgeführt. Die dabei eingezogenen Beiträge werden an die entsprechenden Gesellschaften weitergeleitet.
Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt.

Ich ermächtige die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., die jeweils fälligen Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von Ihnen vorgelegten Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Über die Einzugstermine und die Höhe der einzuziehenden Beiträge werde ich in den jeweiligen Versicherungsscheinen, spätestens 1 Tag vor dem Einzugstermin informiert.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN (maximal 34 Stellen)	BIC (8 oder 11 Stellen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geldinstitut	Datum
<input type="text"/>	Unterschrift Antragsteller/Kontoinhaber

Spätere Zuzahlungen können nicht im Lastschriftverfahren gezahlt werden, sondern müssen auf eines der im Versicherungsschein genannten Konten überwiesen werden. Folgende Angaben im Verwendungszweck sind notwendig: IL, Versicherungsnummer, 4, Risikonummer, Z und Kalenderjahr. Beispiel: IL, 12345678, 4, 0001, Z2021

3 Versicherte Person (Arbeitnehmer)/Bevollmächtigung

Sofern im Rahmen dieses Firmenantrages Einzelanträge gestellt werden, wird folgende Vollmacht erteilt:

Vollmacht
Hiermit bevollmächtige ich die Mitarbeiter meines Unternehmens im Rahmen dieses Firmenantrages Einzelanträge für Versicherungen zu stellen. Gleichzeitig werden die Mitarbeiter bevollmächtigt, für mich die Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VWG-Informationspflichtenverordnung in der zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsschutzes gültigen Fassung in Empfang zu nehmen.

Sofern im Rahmen dieses Firmenantrages Meldelisten eingereicht werden, gilt Folgendes:

Verpflichtung
Der Arbeitgeber verpflichtet sich, in einer Meldeliste nur Arbeitnehmer zu melden, für die er als Arbeitgeber von den Arbeitnehmern zur Abgabe der Einwilligungserklärung nach § 203 StGB beauftragt wurde.

Dem Versicherungsnehmer obliegt die Kontrolle darüber, dass die versicherten Personen Mitarbeiter seiner Firma sind. Versicherte Personen können nur Mitarbeiter mit einem Arbeitsvertrag nach deutschem Recht und einem inländischen Wohnsitz werden. Die Daten zu den versicherten Personen sind den Einzelanträgen bzw. der Meldeliste zu entnehmen.

4 Versicherungsumfang

Produkt

<input type="checkbox"/> SIGGI Betriebliche Rente (GIBL)	<input type="checkbox"/> SI Betriebliche Rente (BE)	bei der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.
<input type="checkbox"/> SIGGI Pensionskassenversorgung (GIPK)	<input type="checkbox"/> SI Pensionskassenversorgung (PK)	bei der SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft bzw.
<input type="checkbox"/> Pensionskasse des Deutschen Handwerks, Zweigniederlassung der SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft		
<input type="checkbox"/> Pensionskasse des Deutschen Handels, Zweigniederlassung der SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft		

Bei Produktgruppe Collect, Business oder Classic wird der Antrag über folgende Kollektivvereinbarung gestellt:

<input type="text"/>	Nr.: <input type="text"/>
----------------------	---------------------------

Der Antragsteller bestätigt, zum berechtigten Personenkreis der Kollektivvereinbarung zu gehören (eine Mitgliedschaft in dem o.g. Versorgungswerk besteht bzw. wurde beantragt).

Produktgruppe	Tarifvertragskennzeichen (TVKZ)
<input type="checkbox"/> Collect <input type="checkbox"/> Business <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ausschluss Kapitalwahlrecht	

Für Listenmeldung ist ein Firmen-Kollektivvertrag in der entsprechenden Produktgruppe (in der Regel Classic oder Business) erforderlich.

Für Einzelanträge gilt:

Beitragszahlung in den Grenzen des § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz	Arbeitgeberleistung <input type="text"/> EUR/Monat wird auch ohne Entgeltumwandlung gezahlt	Arbeitgeberzuschuss zur Entgeltumwandlung in Höhe von <input type="text"/> % der Entgeltumwandlung (sofort unverfallbar) in Höhe von <input type="text"/> EUR pro Monat gemäß Tarifvertrag. Der Versicherungsnehmer hat zu prüfen, dass der Beitrag tarifkonform ist.	Unangekündigte Zuzahlungen nach Versicherungsbeginn <input type="checkbox"/> Spitzabrechnung Zuzahlungen gelten als Weitergabe der SV-Ersparnisse des Arbeitgebers. alternativ: <input type="checkbox"/> arbeitnehmerfinanziert <input type="checkbox"/> arbeitgeberfinanziert Ist nichts eingetragen, handelt es sich bei den Zuzahlungen um Entgeltumwandlung. Änderungen müssen dem Versicherer schriftlich mitgeteilt werden. Auch für arbeitnehmerfinanzierte Anteile der Zuzahlung wird der sofort unverfallbare Arbeitgeberzuschuss angesetzt.
---	---	---	---

Für Meldelisten gilt:

Nicht ausgefüllte Felder sind durch Angaben in der Meldeliste zu vervollständigen:

Angaben zum - Beitrag - Beitragszahlungs-/ Versicherungsbeginn - Rentenzahlungsbeginn - abweichenden Ablauf der Beitragszahlung - abweichenden Monat der Hauptfälligkeit sind in die Meldeliste einzutragen	Mit Rente aus Beitragsrückgewähr <input type="checkbox"/> Ausschluss Beitragsrückgewähr	Todesfallleistung im Rentenbezug 15 Jahre <input type="checkbox"/> Ausschluss Todesfallleistung Alternativ: <input type="text"/> Jahre	Etwaige unangekündigte Zuzahlungen nach Versicherungsbeginn 100% arbeitgeberfinanziert Alternativ: <input type="text"/> % arbeitnehmerfinanziert Änderungen müssen dem Versicherer schriftlich mitgeteilt werden.
--	---	---	---

Ich stimme zu, dass in Abweichung zu § 33 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 VVG der Versicherungsschutz nicht erst beginnen und der Erst- oder einmalige Beitrag nicht erst fällig sein soll mit Ablauf der 30-tägigen Widerrufsfrist, sondern unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem beantragten Beginn der Versicherung.

Überschussverwendung (gilt auch für evtl. eingeschlossene Zusatzversicherungen) - für Einzelanträge und Meldelisten

während der Ansparzeit: bei BE/PK: verzinsliche Ansammlung Alternativ: <input type="checkbox"/> Fondsanlage bei GIBL / GIPK: Fondsanlage	ab Beginn der Rentenzahlung: Bonusrente
--	---

Bei Fondsanlage wird der Fonds HANSAeuropa Class I als Fonds gewählt.

Alternativ: (bitte Fonds-Ziffer entsprechend der Liste aus Formular-Nr. 27042xx (für GIBL, GIPK) bzw. Formular-Nr. 22102xx (für BE, PK) angeben)

Die Fondsentwicklung kann nicht garantiert werden, das Anlagerisiko tragen der Versicherungsnehmer und die versicherte Person. Aufgrund der Fondsentwicklung kann bei Fälligkeit der Leistung ggf. kein Geldwert der Fondsanteile vorhanden sein. Der Versicherungsnehmer überträgt das Recht der Fondsauswahl und das Recht auf Fondswechsel auf die versicherte Person.

Wichtig: Änderungen der Beitragsanteile müssen dem Versicherer schriftlich mitgeteilt werden. Bis dahin sind die beantragten Höhen der Beitragsanteile maßgeblich.

Dynamik - für Einzelanträge und Meldelisten

<p>Dynamik auf den steuerfreien Beitrag nach der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung (BBG) Der steuerfreie Teil des Beitrages verändert sich im gleichen Verhältnis wie die BBG. <input type="checkbox"/> zur Hauptfälligkeit (= Versicherungsjahrestag) oder abweichenden Hauptfälligkeit <input type="checkbox"/> zur 1. Beitragsfälligkeit im Kalenderjahr (Sonderfall zum Ausschöpfen der steuerlichen Höchstfördergrenze bei unterjähriger Zahlungsweise) nur möglich, wenn Beitrag 8 % BBG und keine abweichende Hauptfälligkeit Finanzierung der Dynamik Im Verhältnis der Beitragsanteile Alternativ: <input type="checkbox"/> durch den Arbeitnehmer und einen ggf. eingeschlossenen AG-Zuschuss</p>	oder Tarifvertragsdynamik (nur für Verträge mit Tarifvertragskennzeichen (TVKZ)) Der arbeitgeberfinanzierte Teil des Beitrages kann auf Antrag bei Änderungen des Tarifvertrages angepasst werden. <input type="checkbox"/> Ausschluss Tarifvertragsdynamik (Ist die Tarifvertragsdynamik ausgeschlossen, ist entweder eine BBG-Dynamik (sofern angekreuzt) oder keine Dynamik vereinbart.)
---	--

Zusatzversicherungen bei Meldelisten

Im Rahmen von Meldelisten ist ggf. der Einschluss von Zusatzversicherungen ohne individuelle Risikoprüfung möglich. Hierfür ist eine gesonderte Vereinbarung im Rahmen des Firmen-Kollektivvertrages erforderlich.
Für die Beantragung von SI WorkLife Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen (BUZ und PBUZ) muss die Dienstobliegenheitserklärung (FormularNr. 22530xx) vom Versicherungsnehmer ausgefüllt und dem Firmenantrag beigefügt werden.
 Angaben zu Art der BUZ, Leistungshöhe, ggf. abweichende Ablaufdaten der Versicherung bzw. Beitragszahlung und zur Berufsgruppe der zu versichernden Personen sind in die Meldeliste einzutragen.

Zusatzversicherungen bei Einzelanträgen

Sollen im Rahmen dieses Firmenantrags in Einzelanträge SI WorkLife Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen (BUZ oder PBUZ) eingeschlossen werden, ist hierfür zusätzlich die Vereinbarung vereinfachter Gesundheitsprüfung im Rahmen eines Firmen-Kollektivvertrages erforderlich.
 nein - Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen dürfen im Einzelantrag nicht eingeschlossen werden.
 Wird im Einzelantrag eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, muss die zu versichernde Person folgende Fragen positiv beantworten:
 Sie muss bestätigen
 1. Ich war in den letzten 24 Monaten nicht länger als 10 Arbeitstage ununterbrochen arbeitsunfähig und
 2. Ich war in den letzten 24 Monaten nicht länger als in einem zusammenhängenden Zeitraum von 2 Wochen in ärztlicher, physiotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlung wegen Beschwerden oder Krankheiten des Bewegungsapparates, der Psyche, des Herzens oder des Kreislaufs, Diabetes, Schlaganfall, Multipler Sklerose (MS) oder Krebserkrankungen (inkl. Kontrolluntersuchungen).
 Falls die Bestätigung der Punkte 1 bis 2 nicht abgegeben werden kann, ist für die Risikoprüfung ein vollständig ausgefüllter und unterschriebener Gesundheitsfragebogen mit nachfolgender Einzelprüfung erforderlich.
 Sofern die Leistung im Falle einer Berufsunfähigkeit einen Wert von 9.000 EUR jährlich überschreitet, muss die versicherte Person ggf. gesonderte Gesundheitserklärungen abgeben. Diese Erklärungen werden wir Ihnen dann vorab zur Verfügung stellen.

Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG

<p>Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen: Je nachdem, ob Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig, leicht fahrlässig oder schuldlos verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen. Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Sofern Sie diese Anzeigepflicht verletzen, ohne dass Sie vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.</p>	<p>Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend und bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.</p>
---	---

5 Bezugsrecht

Bezugsrecht für den Erlebensfall

Bezugsrecht für die durch Entgeltumwandlung finanzierten Versicherungsleistungen: Unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt

Die versicherte Person ist für die Versicherungsleistung ohne Vorbehalt unwiderruflich bezugsberechtigt.

Bezugsrecht für mischfinanzierte Versicherungsleistungen:

Für den Teil der Versicherungsleistung, der durch Entgeltumwandlung finanziert ist, gilt das unwiderrufliche Bezugsrecht ohne Vorbehalt. Für den Teil der Leistung, der arbeitgeberfinanziert ist, gilt entweder das unwiderrufliche Bezugsrecht mit Vorbehalt (Standardbezugsrecht für arbeitgeberfinanzierte Leistungen) oder, sofern gesondert vereinbart, das unwiderrufliche Bezugsrecht ohne Vorbehalt.

Standardbezugsrecht für die arbeitgeberfinanzierten Versicherungsleistungen: Unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt

Die versicherte Person ist für die Versicherungsleistung mit Vorbehalt unwiderruflich bezugsberechtigt. Es gelten folgende Vorbehalte:

Dem Arbeitgeber bleibt das Recht vorbehalten, alle durch ihn finanzierten Versicherungsleistungen für sich in Anspruch zu nehmen, wenn

- das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versicherungsfalles endet, es sei denn, die versicherte Person hat zu diesem Zeitpunkt das 21. Lebensjahr vollendet und die Versicherung hat mindestens 3 Jahre bestanden,
- die versicherte Person Handlungen begeht, die den Arbeitgeber berechtigen, die Versicherungsansprüche zu mindern oder zu entziehen.

Endet das Arbeitsverhältnis durch Insolvenz des Arbeitgebers, kann der Vorbehalt, alle Versicherungsleistungen für sich in Anspruch zu nehmen, nicht ausgeübt werden.

Alternativ möglich unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt

Die Verfügung für den Todesfall wird im Einzelantrag beantragt.

6 Sonstige Vereinbarungen

6.1 Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft bei Ausscheiden der versicherten Person (Mitgabe der Versicherung)

Scheidet die versicherte Person aus den Diensten des Arbeitgebers aus und hat sie eine gesetzliche oder vertragliche unverfallbare Anwartschaft erworben, erklärt der Arbeitgeber bereits jetzt, dass er der versicherten Person die Rechtsstellung des Versicherungsnehmers

überlasse. Damit erwirbt die versicherte Person das Recht zur Fortführung des (Teil-)Vertrags mit eigenen Beiträgen.

Die versicherte Person stimmt diesem Wechsel hiermit zu.

Der Versicherungsnehmerwechsel wird erst vorgenommen, wenn der Arbeitgeber dem Versicherer das Ausscheiden schriftlich anzeigt.

6.2 Zusatzvereinbarung bei Entgeltumwandlung gemäß § 1b Absatz 5 Betriebsrentengesetz

Das Recht zur Verpfändung, Abtretung oder Beleihung der Direktversicherung durch den Arbeitgeber wird ausgeschlossen.

7 Sonstiges

Information zur Verarbeitung Ihrer Daten

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Ausführliche Erläuterungen zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie in den Datenschutz-Informationen der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. Diese werden Ihnen im Rahmen dieser Antragstellung zusammen mit weiteren vorvertraglichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Sie können die Datenschutz-Informationen zusätzlich im Internet abrufen unter <http://www.signal-iduna.de/datenschutzinfo>

Bitte nehmen Sie die Datenschutz-Informationen entsprechend zur Kenntnis.

Erklärung des Versicherungsnehmers zum Geldwäschegesetz

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder damit verbundene Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.

ja nein, dann Aufzeichnung gemäß Geldwäschegesetz (GwG) Teil B ausfüllen

Informationen des Vermittlers

Nachfolgende Informationen wurden übergeben und sind von mir zur Kenntnis genommen worden:

- Statusinformationen nach § 15 (1) und § 16 VersVermV
- Beratungsgrundlage nach § 60 (2) VVG
- Informationen zur Einbeziehung von Nachhaltigkeitsrisiken nach Art. 6 (2) Offenlegungsverordnung (EU) 2019/2088

Wirtschaftsauskünfte

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. zum Zwecke des Vertragsabschlusses und zur Prüfung eines (eventuellen) Leistungsantrages wegen Berufsunfähigkeit Informationen zu meinem Zahlungsverhalten, Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren sowie Informationen zur Berufstätigkeit unter Verwendung von Anschriften- und anderen Daten von der CRIF Bürgel GmbH, Leopoldstraße 244, 80807 München, von der Creditreform Hamburg von der Decken KG, Wandalenweg 8-10, 20097 Hamburg, von der Info Partner KG, Bahnhofplatz 18, 82110 Germering, von der Creditsafe Deutschland GmbH, Schreiberhauer Straße 30, 10317 Berlin bezieht und nutzt. Informationen hierzu kann ich bei den oben genannten Firmen jederzeit einholen. Die Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Empfangsbestätigung

Die Datenschutz-Informationen, die Dienstleisterliste sowie die Vorvertraglichen Informationen für die versicherte Person zur Direktversicherung bzw. Pensionskassenversorgung und die nachhaltigkeitsbezogenen Offenlegungspflichten im Finanzdienstleistungssektor habe ich vor der Antragstellung in Textform erhalten.

Unterschrift Antragsteller

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

Nachfolgend ist mit „das ausgewählte Versicherungsunternehmen“ die in Ziffer 4 ausgewählte Versicherungsgesellschaft gemeint.

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler und IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die folgenden Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abzugeben, oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Anschrift zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung Ihrer Daten der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des ausgewählten Versicherungsunternehmens.

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.

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb des ausgewählten Versicherungsunternehmens

Das ausgewählte Versicherungsunternehmen verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Das ausgewählte Versicherungsunternehmen führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SIGNAL IDUNA Gruppe 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 personenbezogene Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung als Anlage angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder der Mailadresse info@signal-iduna.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich willige ein, dass das ausgewählte Versicherungsunternehmen meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter des ausgewählten Versicherungsunternehmens insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen - Fortsetzung

2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann das ausgewählte Versicherungsunternehmen Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer 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 das ausgewählte Versicherungsunternehmen Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 das ausgewählte Versicherungsunternehmen 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 das ausgewählte Versicherungsunternehmen das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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 Angaben verwendet.

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

Ich willige ein, dass das ausgewählte Versicherungsunternehmen meine nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dass diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Insoweit entbinde ich die für das ausgewählte Versicherungsunternehmen tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass das ausgewählte Versicherungsunternehmen meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter des ausgewählten Versicherungsunternehmens insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Bevollmächtigung der Mitarbeiter (Ziffer 3), die vorstehende „Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen“, die nachstehenden Erläuterungen zum Widerrufsrecht sowie die Wichtigen Hinweise. In den Hinweisen sind u.a. die Vertragsgrundlagen (Bedingungen, Gebührenübersicht usw.) aufgeführt. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Durch Ihre Unterschrift machen Sie die Wichtigen Hinweise zum Inhalt dieses Antrages.

Widerrufsrecht des Antragstellers

Sie können Ihre Vertragserklärung aufgrund des Einzelantrages innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G., Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an die Fax-Nummer 040/4124-2958 zu richten.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dieser Teil des Beitrages berechnet sich wie folgt:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit:

- 1/360 des Jahresbeitrages bzw.
- 1/180 des Halbjahresbeitrages bzw.
- 1/90 des Vierteljahresbeitrages bzw.
- 1/30 des Monatsbeitrages

Die Höhe des für Ihren Vertrag maßgeblichen Beitrages entnehmen Sie dem Abschnitt „Beitragszahlung“ im Versicherungsschein. Den Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 wirksam ausgeübt, 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 von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Der Arbeitgeber bestätigt, dass bei Einschluss von Hinterbliebenenleistungen für den Lebensgefährten (nichteheliche Lebensgemeinschaft) das Zusatzformular „Hinterbliebenenversorgung für den nichtehelichen Lebensgefährten“ vorliegt.

Die Versteuerung der Beiträge erfolgt nach § 3 Nr. 63 EStG. Abweichungen werden dem Versicherer mitgeteilt.

Eine Zweitschrift erhält der Antragsteller sofort nach der Unterzeichnung dieses Antrages ausgehändigt.

Datum

Firmenstempel und eigenhändige Unterschrift des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber)
Die Unterschrift muss den Vor- und Zunamen (ggf. auch den Geburtsnamen) enthalten.
Bei Firmen muss die vertretende Person ihren Namen auch in Blockschrift angeben.

Erklärung und Unterschrift Vermittler

Angabe gemäß Geldwäschegesetz (GwG)

Die Richtigkeit der Unterschriften und der Angabe gemäß GwG wird bescheinigt. Es sind keine risikoh erhöhenden Umstände bekannt (andernfalls gesonderten Bericht beifügen). Ich bestätige, die zur Identitätsfeststellung erforderlichen Angaben des Vertragspartners in dessen persönlicher Anwesenheit aufgenommen zu haben. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschrift(en) habe ich anhand vorgelegter Ausweise/Nachweise überprüft.

Ich erkläre nach § 15 (1) und § 16 VersVermV und § 60 (2) VVG: Ich bin Ausschließlichkeitsvermittler Mehrfachvermittler Makler

HV Hamburg HV Dortmund

ADVNR _____ Aushändigung durch _____
 Unterschrift Vermittler HV ADP

Bitte denken Sie an Ihre Daten: ADVNR, GD- und BTR-Nummer! Siehe auch Abschnitt „Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe“.

SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G., Sitz: Hamburg, HR B 2740, AG Hamburg
 Vorstände: Ulrich Leitermann (Vorsitzender), Martin Berger, Dr. Christian Bielefeld, Dr. Karl-Josef Bierth, Dr. Stefan Kutz, Torsten Uhlig, Clemens Vatter, Vorsitzender des Aufsichtsrats: Reinhold Schulte
SIGNAL IDUNA Gruppe Hauptverwaltungen, www.signal-iduna.de, info@signal-iduna.de
44121 Dortmund, Hausanschrift: Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund, Telefon 0231 135-0, Telefax 0231 135-4638
20351 Hamburg, Hausanschrift: Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg, Telefon 040 4124-0, Telefax 040 4124-2958

SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft, Sitz: Hamburg, HR B 100052, AG Hamburg
 Vorstand: Dr. Sven Grönewäller, Daniel-Alexander Windt, Vorsitzender des Aufsichtsrats: Clemens Vatter
SIGNAL IDUNA Gruppe Hauptverwaltungen, www.signal-iduna.de, info@signal-iduna.de
44121 Dortmund, Hausanschrift: Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund, Telefon 0231 135-0, Telefax 0231 135-4638
20351 Hamburg, Hausanschrift: Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg, Telefon 040 4124-0, Telefax 040 4124-2958

Pensionskasse des Deutschen Handwerks, Zweigniederlassung der SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft, Sitz der ZN: Hamburg
 SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft, Sitz: Hamburg, HR B 100052, AG Hamburg
 Vorstand: Dr. Sven Grönewäller, Daniel-Alexander Windt, Vorsitzender des Aufsichtsrats: Clemens Vatter
SIGNAL IDUNA Gruppe Hauptverwaltungen, www.signal-iduna.de, info@signal-iduna.de
44121 Dortmund, Hausanschrift: Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund, Telefon 0231 135-0, Telefax 0231 135-4638
20351 Hamburg, Hausanschrift: Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg, Telefon 040 4124-0, Telefax 040 4124-2958

Pensionskasse des Deutschen Handels, Zweigniederlassung der SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft, Sitz der ZN: Hamburg
 SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft, Sitz: Hamburg, HR B 100052, AG Hamburg
 Vorstand: Dr. Sven Grönewäller, Daniel-Alexander Windt, Vorsitzender des Aufsichtsrats: Clemens Vatter
SIGNAL IDUNA Gruppe Hauptverwaltungen, www.signal-iduna.de, info@signal-iduna.de
44121 Dortmund, Hausanschrift: Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund, Telefon 0231 135-0, Telefax 0231 135-4638
20351 Hamburg, Hausanschrift: Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg, Telefon 040 4124-0, Telefax 040 4124-2958

Wichtige Hinweise und versicherbarer Personenkreis für eine Hinterbliebenenversorgung

Versicherungsnehmer (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Wichtige Hinweise

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland, den jeweiligen Versicherungsbedingungen, der Gebührenübersicht und dem Versicherungsschein.

Mit Annahme des Antrages für eine SIGGI Betriebliche Rente bzw. SI Betriebliche Rente werden Sie Mitglied der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G., deren Satzung Ihnen auf Wunsch übersendet wird.

Geschäftsgrundlage

Geschäftsgrundlage des Versicherungsverhältnisses sind die bei Vertragsabschluss geltenden rechtlichen Bestimmungen und Vorgaben insbesondere aus dem Arbeits-, Steuer- und Sozialversicherungsrecht.

Sollten sich diese Vorschriften schwerwiegend ändern, kann der Vertrag im Rahmen der rechtlichen Vorgaben angepasst werden, um z. B. die steuerliche Förderung nicht zu gefährden. Sollte ein solcher Anpassungsbedarf bestehen, wird der Vertragspartner entsprechend informiert.

Aufgabe bestehender Versicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen oder bei einem anderen Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar und mit Nachteilen verbunden ist auch die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei demselben Unternehmen.

Produktgrundlagen der Pensionskasse des Deutschen Handwerks und der Pensionskasse des Deutschen Handels, Zweigniederlassungen der SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft

Bei der SIGGI Pensionskassenversorgung bzw. SI Pensionskassenversorgung sowie den Zusatzversicherungen handelt es sich um Produkte der SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft.

Versicherbarer Personenkreis für eine Hinterbliebenenversorgung

Das ausgewählte Versicherungsunternehmen geht davon aus, dass die genannten mitversicherten Personen für die Hinterbliebenen- und/oder Waisenrenten dem Personenkreis angehören, für die eine Hinterbliebenenversorgung steuerlich unschädlich ist (siehe hierzu Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen zur „Steuerlichen Förderung der privaten Altersvorsorge und betrieblichen Altersversorgung“). Diesem Personenkreis gehören regelmäßig die Witwe/der Witwer der versicherten Person und die Kinder im Sinne des § 32 Abs. 3 und 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Abs. 5 EStG (im Allgemeinen die kindergeldberechtigten Kinder) an. Nichtehele Lebensgefährten sind diesem Personenkreis zuzurechnen, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die nichtehele Lebensgemeinschaft muss auf Dauer angelegt sein.
- Der nichtehele Lebensgefährte muss namentlich benannt werden (einschließlich Geburtsdatum und Anschrift).
- Der Arbeitnehmer und der nichtehele Lebensgefährte müssen eine gemeinsame Haushaltsführung haben.
- Der nichtehele Lebensgefährte muss seine Kenntnis über die in Aussicht gestellte Hinterbliebenenversorgung schriftlich bestätigen.

Bei Einbeziehung des Partners einer nichtehele Lebensgemeinschaft in den Vertrag ist immer das Zusatzformular „Hinterbliebenenversorgung für den nichtehele Lebensgefährten“ zu verwenden.

Das vorstehend zu den nichtehele Lebensgefährten Gesagte gilt nicht für eingetragene Partnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, denn bei diesen Partnerschaften liegt bereits eine mit der zivilrechtlichen Ehe vergleichbare Partnerschaft vor.

Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe							
GD-Nr.	Betreuer-Nr.	Antr-GD	Antrags-Nr.	Ext.-Nr.	VB	Firmenschl.	
Name ADV					Telefonnummer ADV		

Vermittler, die Einzelanträge im Rahmen dieses Firmenantrages abschließen dürfen

ADV-Nr.	Name

Recherche GD / Antragsprüfung GD	Datum	Funktionsstelle	Unterschrift	Tel.-Nr.
<input type="checkbox"/> Checkliste geprüft <input type="checkbox"/> Recherche telefonisch <input type="checkbox"/> Recherche persönlich <input type="checkbox"/> Antrag gemäß Anweisung geprüft und an HV weitergeleitet.				

Aufzeichnung gemäß Geldwäschegesetz (GwG)

Erklärung des Identifizierenden bei Neuabschluss/Vertragsänderung

Teil A: Identifizierung des Antragstellers (Versicherungsnehmers) – Eine Eigenidentifizierung des VN ist unzulässig. Bitte fügen Sie dem Antrag eine Kopie/Scan/Foto des Identifizierungsdokuments bei.

1. Der Antragsteller ist eine natürliche Person (Angaben zum Versicherungsnehmer gemäß Ausweis)

Name		Vorname(n)	
Wohnort und Straße (aus dem Personalausweis übernehmen) - (Nur wenn von VN-Anschrift abweichend)			Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Ausweisnummer	Ausstellende Behörde		Ausstellungsdatum
Ausweisart <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis	Ausstellungsort		Gültig bis

2. Der Antragsteller ist eine juristische Person

Name oder Bezeichnung der Firma		Rechtsform *
Registernummer, Abruf am, Amtsgericht (soweit vorhanden)		
Anschrift des Sitzes der Hauptniederlassung der Firma		
Namen der Geschäftsführer, Vorstände, Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter **		

* handelt es sich um ein Einzelunternehmen, bitte zusätzlich die Ausweisdaten des Inhabers unter Punkt 1 aufnehmen.
 ** handelt es sich bei einem Mitglied des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter ebenfalls um eine juristische Person, so sind o.g. Angaben auch für diese zu erheben.

Teil B: Identifizierung wirtschaftlich Berechtigte(r)

1. Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder damit verbundene Transaktionen erfolgen auf **fremde Veranlassung**, bzw. der Kunde wurde hierzu **von einem Dritten beauftragt**. Bei juristischen Personen sind die natürlichen Personen anzugeben, die mehr als 25% der Anteile halten.

- abweichender Beitragszahler (bitte den Teil B 2. ausfüllen)
 - unwiderruflich Bezugsberechtigter (bitte den Teil B 2. ausfüllen)
 - Veranlassung durch einen Dritten (bitte den Teil B 2. ausfüllen)
 - Anteilseigner > 25%
 - Es existiert keine natürliche Person, die mehr als 25% der Anteile hält (bitte den Teil A 2. ausfüllen).
- Bei mehreren wirtschaftlich Berechtigten bitte für jede Person jeweils einen Teil B ausfüllen.

2. Name, alle Vornamen des wirtschaftlich Berechtigten:	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Meldeanschrift:	
Beziehung zum Versicherungsnehmer:	
Herkunft der Gelder (nicht ausfüllen, wenn unwiderruflich Bezugsberechtigter):	
Hintergründe: Bitte erläutern Sie, weshalb die Geschäftsbeziehung/ Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt.	

Teil C: Erklärung zur Feststellung politisch exponierter Personen (PeP)

Ist oder waren einer oder mehrere der in Teil A oder Teil B genannten Personen oder ein unmittelbares Familienmitglied oder eine ihm sonst nahestehende Person eine „Politisch exponierte Person“ (z. B. Regierungschef, Minister, Parlamentsmitglied, Bundesrichter) in Deutschland oder im Ausland?

Wenn ja, ergänzen Sie bitte hier Informationen zur Person und politischen Funktion:

--