

Antrag auf Helvetia CleVesto Select (Tarif FSX)

Versicherungsschein

Vermittler-Nr.

1205484

Versicherungsnummer

Versicherungsnehmer / Versicherte Person

Person

☒ Herr

☐ Frau

Name : Heitmann

Vorname : Dirk

geboren am :

Geburtsort : Nürnberg

Adresse

Straße, Nr. :

PLZ :

Ort :

Staatsangehörigkeit

deutsch

Beruf (bitte eintragen)

Versicherungsmakler

Berufsstatus

GF

Erreichbarkeit

Privat :

Geschäftlich :

Mobilfunk :

Telefax :

E-Mail :

Steuerpflicht in den USA

☐ Ja

☒ Nein

US-amerikanische Steuer-Identifikationsnummer

Steuerpflicht außerhalb Deutschlands

☐ Ja

☒ Nein

Steuerpflicht in

Steuer-Identifikationsnummer

Identifizierung des Versicherungsnehmers gemäß GWG

Der Vertragsabschluss erfolgt auf eigene Veranlassung.

Personalausweis- oder Passnummer

Ausstellungsdatum - Gültig bis

28.02.14

- 27.02.24

Ausstellende Behörde

Geburtsort

Nürnberg

Der Versicherungsnehmer handelt auf eigene Rechnung.

Bitte Ausweiskopien beilegen.

Es betreut Sie:
ACCURA Versicherungsmakler GmbH
Eichendorffstr. 134
90491 Nürnberg
T 0911580700
F 09115807061
info@accura.de



Bezugsberechtigung

Erlebensfall

Der Versicherungsnehmer

Todesfall

Vorname Name

Geburtsdatum

Art und Umfang der Versicherung / Dynamik / Beitragszahlung

	Helvetia CleVesto Select
Tarif	FSX (Sondertarif N)
Versicherungsnehmer / Versicherte Person	Herr Dirk Heitmann
Versicherungsbeginn	01.05.2020
Ich stimme ausdrücklich zu, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.	
Beitragszahlungsdauer	12 Jahre
Todesfalleistung vor Rentenbeginn	Das Vertragsguthaben zzgl. 432,00 EUR
Rentenbeginn und Beginn der Cash-Option	Möglich ab dem 01.06.2020
Ende der Cash-Option	01.05.2047
Rentenzahlweise	monatlich
Überschussverwendung im Rentenbezug	teildynamische Rente
Dynamik	Der Beitrag steigt jährlich um 5%.
Zu zahlender Monatsbeitrag	300,00 EUR
Zuzahlung zum Versicherungsbeginn am 01.05.2020	20.000,00 EUR

Die Beitragszahlung ist nur im SEPA-Lastschriftverfahren möglich. Wir bitten Sie, uns hierzu ein separates SEPA-Mandat zu erteilen. Bitte verwenden Sie dazu das nachfolgende Formular "SEPA-Lastschriftmandat".

Kundendokumente L-FSX-17

Anlageoptionen

Individuelle Aufteilung des Beitrags

Anteil in Prozent	Anlagen	ISIN
50 %	Sicherungsguthaben	
50 %	DWS Vermögensbildungsfonds I	DE0008476524
%		
%		
%		
%		
%		
%		
%		
%		
%		

Besondere Vereinbarungen

--

Es betreut Sie:

ACCURA Versicherungsmakler GmbH
Eichendorffstr. 134
90491 Nürnberg
T 0911580700
F 09115807061
info@accura.de



Nachfolgend aufgeführte Unterlagen wurden Ihnen ausgehändigt, bevor Sie diesen Antrag unterschrieben haben:

- Anlage zur Versicherungsinformation
- Die folgenden Druckstücke der Kundendokumente L-FSX-17:
 - Versicherungsinformation nach der Informationspflichtenverordnung (Druckstück L-2-27-2020.B1)
 - Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung nach Tarif FSX (Druckstück L-3-27-2019.B1)
 - Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Druckstück L-4-27-2017.B2)
 - Die von uns zu Ihrem Tarif angebotenen Fonds (Druckstück L-6-8-2020.B1)
- Basisinformationsblatt

Bestätigung:

Hiermit bestätige ich, alle oben aufgelisteten Unterlagen erhalten zu haben.

Nbg. 17.04.2020

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers und/oder gesetzlichen Vertreters, z. B.
bei Minderjährigen

Werbeeinwilligung

☐ Ich bin mit Werbung, Kundenzufriedenheitsbefragungen und Marktforschung einverstanden.

Ich stimme zu (als Antragsteller und ggf. als zu versichernde Person(en)), dass die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) und Vertragsdaten (z.B. Art des Vertrages, Laufzeit, Versicherungssumme) zur Werbung für eigene Produkte und auch hinsichtlich anderer Finanzdienstleistungsprodukte verwendet. Ich bin damit einverstanden, dass mir per Post, telefonisch und mit elektronischen Medien Vorschläge für Vertragsanpassungen und andere Produkte und Dienstleistungen unterbreitet werden können und dass ich zur Kundenzufriedenheit und zu Zwecken der Marktforschung befragt werden kann. Ich bin darüber informiert, dass die Helvetia unter Beachtung der Datenschutzgesetze auch Dritte beauftragen kann, Kundenzufriedenheitsbefragungen und Marktforschung zu betreiben.

Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich. Ihren Widerruf können Sie richten an:

Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG
Weißadlergasse 2
60311 Frankfurt am Main
Telefon: 069/1332-842
Fax: 069/1332-515
E-Mail: info@leben.helvetia.de

☒ Ich wünsche keine Werbung, Kundenzufriedenheitsbefragungen und Marktforschung.

Einwilligung zur Bonitätsprüfung und Einholung von Scorewerten

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten unter der Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung verwendet werden

- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen der Helvetia-Gruppe Deutschland oder eine Auskunft (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der Helvetia-Gruppe oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Durch die nachfolgende Unterschrift machen Sie Ihre Erklärung im Antrag ausdrücklich zum Vertragsinhalt. Außerdem verpflichten Sie sich, die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG unverzüglich zu informieren, wenn eine Steuerpflicht außerhalb Deutschlands entsteht und gegebenenfalls Ihre Steuer-Identifikations-Nummer mitzuteilen. Über Ihr Widerrufsrecht werden Sie mit dem Versicherungsschein ausführlich informiert. Bitte beachten Sie den nachfolgenden Hinweis zur Verwendung Ihrer Daten. Eine Durchschrift dieses Antrags haben Sie nach dessen Unterzeichnung erhalten.

Nbg. 17.04.2020

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers und/oder des gesetzlichen Vertreters, z.B. bei Minderjährigen

ACCURA Vers.-Makler GmbH
Eichendorffstr. 134 90491 Nbg.
Tel.: 0911/5 80 70-0 Fax: 5 80 70-60
e-mail: info@accura.de

Unterschrift Vermittler

Helvetia Schweigepflichtentbindungserklärung

Erklärung

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

* Der Text beruht auf der Einwilligung-Schweigepflichtentbindungserklärung für die Lebens- und Krankenversicherung, die 2011 mit den Datenschutz-aufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt wurde.

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, IT-Dienstleister und unsere Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben und jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der unten angegebenen Adresse 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 nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG.

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 der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG

Die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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)

Die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. den Betrieb der Datenserver, die Betreuung von Gerichtsverfahren, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erfüllung einer anderen Gesellschaft der Helvetia-Gruppe bzw. der Schweizer Konzernmutter 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 kann im Internet unter www.helvetia.de eingesehen oder bei der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG, Abteilung Bestand, T +49 (0) 69 1332-842, 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 die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und erbitte die Mitarbeiter der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dass diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Insoweit erbitte ich die für die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 Versicherungsmittler 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 die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten an den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsmittler übermittelt und erbitte die Mitarbeiter der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Unterschriften

Nbg. 17.04.2020

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers und/oder des gesetzlichen Vertreters, z.B. bei Minderjährigen

Es betreut Sie:
ACCURA Versicherungsmakler GmbH
Eichendorffstr. 134
90491 Nürnberg
T 0911580700
F 09115807061
info@accura.de



Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG
Weißadlergasse 2, 60311 Frankfurt am Main
Gläubiger-Identifikationsnummer (Creditor Identifier) DE55HL10000088607
Mandatsreferenz (Mandate reference):

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
(By signing this mandate form, you authorize Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG.)

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
(As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.)

Bei Erstabbuchung oder Änderung Ihres Beitrages/Ihrer Prämie werden wir Sie spätestens 3 Tage vor Fälligkeit informieren (Vorabinformation).
(With the first withdrawal or change of your premium we will inform you at latest 3 days before due date (Pre-Notification).)

Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen

(Please complete all the fields marked *)

Name des Zahlungspflichtigen (Your name)

* Dirk Heitmann

Vorname, Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) (First name, surname of the debtor(s)/account holder(s))

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Your address)

*

Straße und Hausnummer (Street name and number)

*

Postleitzahl und Ort (Postal code and City)

* Deutschland

Land (Country)

Internationale Bankkontonummer (Your account number)

*

IBAN des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) (Account number - IBAN)

*

SWIFT BIC / Bank Identifier Code / Internationale Bankleitzahl des Instituts des Zahlungspflichtigen

Zahlungsart* (Type of Payment)

☒ Wiederkehrende Zahlung (recurring payment)

☐ Einmalige Zahlung (One-Off payment)

Einwilligung zur Bonitätsprüfung und Einholung von Scorewerten

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten unter der Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung verwendet werden

- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen der Helvetia-Gruppe Deutschland oder eine Auskunft (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der Helvetia-Gruppe oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Nbg. 17.04.2020

Ort (City), Datum (Date)

Unterschriften (Signature(s))

Hinweis: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann.

(Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.)

Bei Verträgen über 100.000 € bitten wir um eine Information über die Geldherkunft.

For contracts exceeding 100,000 €, please provide information on the source of the capital.

Geldherkunft (source of capital)