

Versicherungsantrag

auf Grundlage der Satzung der Sterbekasse Niedersachsen in der derzeitigen Fassung
 Folgende Angaben sind für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses erforderlich:

Pflichtangaben:

| | | | |
|--------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Antragsteller (Versicherungsnehmer) | | Angaben zur versicherten Person Geschlecht: | |
| Vorname Name | | Geburtsdatum: | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Straße | | Versicherungsbeginn: (01.01.,01.04.,01.07.oder 01.10.) | |
| PLZ/Ort | | Versicherte Person (falls minderjähriges Kind) Name | |

Freiwillige Angaben: Kontaktdaten

| | | | |
|--------|--|-------------------------------------|----------------------|
| Tel. | | Mitgliedsnummer: | <input type="text"/> |
| E-Mail | | (Wird von der Sterbekasse vergeben) | |

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Versicherungsvereinszwecken durch die Sterbekasse genutzt werden.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit

durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Ort, Datum | <input type="text"/> |  |
| Unterschrift Unterschriften der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen | | |

| | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Ich wähle den angekreuzten Tarif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Versicherungsart | Tarif T | Tarif EB | |
| Versicherungsdauer | Sterbegeldversicherung gegen laufenden Beitrag | Sterbegeldversicherung gegen Einmalbeitrag | |
| Beitragszahlungsdauer | Lebenszeit | Lebenszeit | |
| Fälligkeit der Versicherungssumme | längstens 35 Jahre | Einmalbeitrag | |
| gewünschte Vers.-Summe dieses Antrages | bei Tod | bei Tod | Gesamtversicherungssumme max. 8.000 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Ich bin bereits Mitglied unter Mitglieds.-Nr.: | <input type="text"/> | Zur Zeit versichert mit: <input type="text"/> |

Gesundheitsfragen:

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig zu beantworten. Der Versicherer kann bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern.

Bestehen oder bestanden Krankheiten, Leiden, Gebrechen oder körperliche Fehler? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nur bei Erkrankungen anzugeben: Sind Sie völlig geheilt? Ja Nein

Welcher Arzt - bitte mit Anschrift - kann über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben?
 (Nur in Ausnahmefällen wird ein ärztliches Attest erbeten!)

Ich willige ein, dass die Sterbekasse die von mir in diesem Antrag mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Ort, Datum | <input type="text"/> |  |
| Unterschrift der zu versichernden Person (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter) | | |

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die unten aufgeführte **Erklärungen der Antragsstellerin / des Antragsstellers**.

Sie enthalten Verbraucherinformationen, die Ermächtigung zur Schweigepflichtentbindung sowie Informationen zur DSGVO und sind wichtiger Bestandteil des Versicherungsvertrages. Sie machen sie mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt Ihres Antrages.

Die nachfolgend abgedruckten Angaben zu den Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen

Ich habe die Produktinformationen und die Satzung zur Kenntnis genommen.

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Ort, Datum | <input type="text"/> |  |
| Unterschrift der zu versichernden Person (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter) | | |

SEPALASTSCHRIFTMANDAT

Die Beiträge sind bis auf Widerruf

vierteljährlich / jährlich von meinem Konto abzubuchen (Unzutreffendes bitte streichen)

IBAN

Name der Bank

Ich ermächtige die Sterbekasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sterbekasse auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Für nicht von der Sterbekasse zu vertretende Rücklastschriften sind die Kosten (Bankgebühren und 3 Euro Bearbeitungsgebühren der Sterbekasse) vom Versicherungsnehmer zu tragen.

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

Gläubiger-Identifikationsnummer der Sterbekasse Niedersachsen: DE83ZZZ00000026120

| | | |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
| | |  |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|

Name des Kontoinhabers (wenn nicht die zu versichernde Person)

Datum,

Unterschrift des Kontoinhabers

Erklärungen der Antragsstellerin / des Antragsstellers

Vertragsgrundlagen

Für die Versicherung gilt die Satzung der Sterbekasse Niedersachsen (nachfolgend Sterbekasse genannt) in der jeweilig gültigen Fassung. Die Produkt-Information gemäß § 4 Ziffer 1 der VVG-InfoV und die Satzung in der z.Zt. gültigen Fassung habe ich bereits zur Kenntnis genommen.

Verantwortlichkeit für die Erklärungen im Versicherungsantrag

Meine Angaben im Versicherungsantrag habe ich nach bestem Wissen und richtig gemacht. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich selbst verantwortlich, auch wenn ich den Antrag nicht selbst ausgefüllt habe. Ich weiß, dass die Sterbekasse bei unvollständigen oder unrichtigen Angaben das Versicherungsverhältnis im Rahmen der satzungsrechtlichen Bestimmungen kündigen und im Versicherungsfall die Leistungen ablehnen kann.

Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 DSGVO

Nach Artikel 13 und 14 EU-DSGVO hat die Sterbekasse einer betroffenen Person, deren Daten sie verarbeitet, die in den Artikeln genannten Informationen bereit zu stellen:

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie gegebenenfalls seiner Vertreter:

Sterbekasse Niedersachsen
Holtenser Weg 3
30459 Hannover

gesetzlich vertreten durch den Vorstand nach § 26 BGB

Harald Hackmann und Wolfgang Hoyer
Holtenser Weg 3
30459 Hannover
sterbekasse-niedersachsen@t-online.de

2. Zwecke, für die personenbezogene Daten verarbeitet werden:

Die personenbezogenen Daten werden für die Durchführung des Mitgliedschafts- und Versicherungsverhältnisses verarbeitet (z.B. Einladung zu Versammlungen, Beitragseinzug, Organisation des Versicherungsbetriebes).

3. Rechtsgrundlagen, auf Grund derer die Verarbeitung erfolgt:

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt in der Regel aufgrund der Erforderlichkeit zur Erfüllung eines Vertrages gemäß Artikel 6 Abs.1 lit. B)DSGVO. Bei dem Vertragsverhältnis handelt es sich in erster Linie um das Mitgliedschafts- und Versicherungsverhältnis in der Sterbekasse.

Werden personenbezogene Daten erhoben, ohne dass die Verarbeitung zur Erfüllung des Vertrages erforderlich ist, erfolgt die Verarbeitung aufgrund einer Einwilligung nach Artikel 6 Abs.1 lit.a) i.V.m. Artikel 7 DSGVO

4. Die Empfänger der personenbezogenen Daten:

Die Daten der Bankverbindung der Mitglieder werden zum Zwecke des Beitragseinzugs an die Sparkasse Hannover weitergeleitet.

Die Adressdaten der Mitglieder werden an einen Dienstleister zum Druck und Versand von Einladungen zur Mitgliederversammlung oder anderer Informationen für die Mitglieder weitergeleitet.

Die Personen- und Vertragsdaten werden im Rahmen eines Softwarepflegevertrages von der Amakura IT eG verarbeitet.

5. Die Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung der Dauer:

Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft gespeichert.

Mit Beendigung der Mitgliedschaft werden die Datenkategorien gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen weitere zehn Jahre vorgehalten und dann gelöscht. In der Zeit zwischen Beendigung der Mitgliedschaft und der Löschung wird die Verarbeitung dieser Daten eingeschränkt.

6. Der betroffenen Person stehen unter den in den Artikeln jeweils genannten Voraussetzungen die nachfolgenden Rechte zu:

das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO,

das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO,

das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO,

das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO,

das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO,

das Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO,

das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde nach Artikel 77 DSGVO

das Recht, eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen zu können, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung hierdurch berührt wird.

7. Die Quelle, aus der die personenbezogenen Daten stammen:

Die personenbezogenen Daten werden grundsätzlich im Rahmen des Erwerbs der Mitgliedschaft erhoben.

Ende der Informationspflicht

Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige die Sterbekasse, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte und Heilkundigen, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde, sowie anderer Personenversicherer oder Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt nur für die Zeit vor der Antragsannahme.

Die Sterbekasse darf auch die Ärzte und Heilkundigen, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Widerspruchsrecht

Ich kann nach § 5 a Versicherungsvertragsgesetz innerhalb einer Frist von 30 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Satzung der Sterbekasse dem beantragten Sterbekassen-Versicherungsverhältnis widersprechen. Die Frist ist gewahrt, wenn der Widerspruch rechtzeitig abgesandt wird.

Überschussbeteiligung

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Verwendung der Überschüsse in § 13 der Satzung geregelt ist. Auf Vorschlag des mathematischen Sachverständigen und Unbenklichkeitsklärung der Aufsichtsbehörde bestimmt die Mitgliederversammlung die Verwendung.

Rückvergütung bei Kündigung

Mir ist bekannt, dass bei Austritt oder Ausschluss für jedes Versicherungsverhältnis eine Rückvergütung gewährt wird. Die Höhe der Rückvergütung ergibt sich aus dem Satzungsanhang, der Bestandteil des von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplans ist.

Aufsichtsbehörde

Die Versicherungsaufsicht wird ausgeübt durch die Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Senioren, Ihmepassage 5, 30449 Hannover

Bearbeitungsvermerk (nur von der Sterbekasse auszufüllen)

Eintrittsalter:

Tarifbezeichnung:

geprüft: _____

vierteljährlicher Beitrag:

Einmalbeitrag:

Eingabe PC:

Urkunde versandt am:

Beginn der Versicherung:

Antrag angenommen:

Ende der Beitragszahlung:

1. Vorsitzender/Stellvertreter

2. Unterschrift