

Tina Voorgang, Postfach 42 02 23, 65103 Wiesbaden

Plusminus60.de  
Tina Voorgang  
Postfach 42 02 23  
  
65103 Wiesbaden

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

wir freuen uns über Ihr Interesse an einem Angebot von plusminus60.de.

Für den Abschluss Ihrer Sterbegeldvorsorge mit dem **IDEAL Sterbegeld** finden Sie die erforderlichen Unterlagen als Anlage.

Mit den Neuregelungen des Versicherungsvertragsgesetzes zum 01.01.2008 wurde eine neue Möglichkeit des Antragsverfahrens für Versicherungen eingeführt. Dieses so genannte Invitatio-Modell gibt Ihnen als Antragsteller ausreichend Zeit und Sicherheit bei der Entscheidungsfindung. Wir stellen unseren Kunden diese Form zur Verfügung.

Sie stellen mit beiliegendem Formular eine unverbindliche Angebotsanfrage. Im Anschluss daran erhalten Sie von der Versicherungsgesellschaft ein verbindliches Angebot mit ausführlichen Antragsunterlagen und einer dazugehörigen Annahmeerklärung per Post. Erst mit der von Ihnen unterschriebenen Annahmeerklärung wird Ihre Sterbegeldversicherung wirksam.

Für den Abschluss Ihres IDEAL Sterbegeld benötigen wir zunächst folgende Unterlagen:

- ausgefüllte und unterschriebene „Angebotsanforderung“
- ausgefüllter und unterschriebener „Beratungs- und Dokumentationsverzicht“

Bitte senden Sie die Unterlagen vollständig an

Plusminus60.de  
Tina Voorgang  
Postfach 42 02 23  
65103 Wiesbaden

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns telefonisch unter 0611 – 20 47 9 47 oder per E-Mail [info@plusminus60.de](mailto:info@plusminus60.de).

Mit freundlichen Grüßen

***Ihr Plusminus60.de - Team***

## **IDEAL Sterbegeld**

### **FAKTEN + ZAHLEN**

- Kapitallebensversicherung, deren Auszahlung der Versicherungsleistung nur im Falle des Todes der versicherten Person direkt an die bezugsberechtigte Person erfolgt.
- Keine Gesundheitsprüfung
- Beitragszahlung bis Endalter 85 oder lebenslang, Versicherungsschutz besteht lebenslänglich
- 9 Monate Wartezeit, ab dem 10. Monat erfolgt eine gestaffelte Auszahlung. Nach 18 Monaten voller Schutz.
  - Bei Tod in den ersten 9 Monaten: die bis dahin eingezahlten Beiträge
  - Bei Tod im 10. bis 12. Monat nach Vertragsabschluss: 25 % der Versicherungssumme
  - Bei Tod im 13. bis 15. Monat nach Vertragsabschluss: 50 % der Versicherungssumme
  - Bei Tod im 16. bis 18. Monat nach Vertragsabschluss: 75 % der Versicherungssumme
- Bei Unfalltod: Sofortschutz
  - Zusätzlich kann die doppelte Leistung (Versicherungssumme) bei Unfalltod vereinbart werden, damit erhöht sich der Monatsbeitrag geringfügig
- Die Höhe des Monatsbeitrags ist abhängig vom Eintrittsalter (siehe Beitragstabelle)  
Eintrittsalter = Jahr des Versicherungsbeginns – Geburtsjahr
- Der Monatsbeitrag bleibt während der Laufzeit konstant
- Die vereinbarte Versicherungssumme ist garantiert – im Leistungsfall werden zusätzlich die bis dahin erwirtschafteten Überschüsse ausgezahlt
- Zusatzleistung: Auslandsrückholung – im Vertrag automatisch enthalten ohne Aufpreis
- Das IDEAL Sterbegeld kann für eine andere Person abgeschlossen werden. Bis zu einer Absicherungssumme von 8.000 € auch ohne die Unterschrift der versicherten Person, d.h. ohne deren Kenntnis.

**Versicherungsnehmer**

Herr  Frau

Name, Vorname

Derzeitige berufliche Tätigkeit\*

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk

Telefon\*

PLZ, Ort

E-Mail\*

**Versicherte Person**

gleichzeitig Versicherungsnehmer  Herr  Frau

Name, Vorname

Derzeitige berufliche Tätigkeit\*

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk

Telefon\*

PLZ, Ort

E-Mail\*

In welcher Beziehung steht die Versicherte Person zum Versicherungsnehmer?

\*freiwillige Angaben

**Beantragte Versicherung**

Versicherungsbeginn

Eintrittsalter (Beginnjahr minus Geburtsjahr)

Versicherungsdauer

Beitragszahlungsdauer

01. .20

Jahre

lebenslang

Endalter 85

abweichend

Jahre

(mind. 5 Jahre, max. bis Alter 95)

abweichend

lebenslang

**Versicherungssumme**

3.000 €

4.500 €

6.000 €

7.500 €

€

(mind 1.500 €, max. 20.000 €)

mit doppelter Versicherungssumme bei Unfalltod

**Beitrag**

monatlich

vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

einmalig

€

**Bezugsberechtigung im Todesfall**

(Bestimmen Sie keinen Bezugsberechtigten, wird die Versicherungsleistung an einen Berechtigten (z. B. Erben) ausbezahlt, soweit kein Bestattungspflichtiger damit die Bestattungskosten begleicht.)

Name, Vorname des Bezugsberechtigten

Geburtsdatum/Ort

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk

PLZ, Ort

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Gläubiger Identifikationsnummer: DE40ZZZ0000059230**

Ich ermächtige Sie, die Versicherungsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die wiederkehrenden Lastschriften der IDEAL Lebensversicherung a.G. einzulösen.\*\*

**Versicherungsnehmer ist Beitragszahler**

Herr  Frau

Name und Vorname des Beitragszahlers (falls nicht Versicherungsnehmer)

Anschrift (falls nicht Versicherungsnehmer)

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers (Kreditinstitut)

BIC

IBAN

Datum und Unterschrift (falls nicht Versicherungsnehmer)

X

**Hinweis:** 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. Ich werde **spätestens drei Tage** vor der ersten oder jeder veränderten Abbuchung über die künftigen Fälligkeiten und Abbuchungsbeträge informiert. Die Mandatsreferenznummer erhalte ich vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug.

## Angaben des Antragstellers zum Geldwäschegesetz (GwG) **Bitte per Hand ausfüllen!**

### Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

- Ja, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.
- Nein, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung bzw. auf Veranlassung eines Dritten. **Die Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten ist erforderlich.**

### Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten (nur natürliche Personen)

Name, Vorname(n), Geburtsdatum und vollständige Meldeanschrift (Straße, Hausnummer, Land, PLZ, Ort)

Bitte erläutern Sie die Hintergründe, weshalb die Geschäftsbeziehung/Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt.

In welcher Beziehung steht der wirtschaftlich Berechtigte zum Versicherungsnehmer?

### Angaben zum abweichenden Beitragszahler, sofern nicht wirtschaftlich Berechtigter

In welcher Beziehung steht der Beitragszahler zum Versicherungsnehmer?

Bitte nennen Sie uns den Grund für den abweichenden Beitragszahler.

### Identifizierung des Versicherungsnehmers als natürliche Person

Die Identifizierung des Versicherungsnehmers als natürliche Person **ist immer erforderlich**, wenn:

- die Beiträge nicht per SEPA-Lastschriftmandat vom Konto des Versicherungsnehmers eingezogen werden können.
- der Versicherungsnehmer nicht wirtschaftlich Berechtigter ist.
- die Versicherungssumme aller bei der IDEAL Lebensversicherung a.G. bestehenden Sterbegeld- bzw. Bestattungsvorsorgeversicherungen 10.000 € übersteigt.

Der **Versicherungsnehmer** ist eine natürliche Person und wird **wie folgt identifiziert\***: **Falls eine Identifizierung erforderlich ist, so erhalten Sie dafür einen Coupon für das PostIdent -Verfahren**

Reisepass  Personalausweis  Pass- oder Ausweisersatz

Ausweis-Nr.

Geburtsort/Geburtsland

Ausstellende Behörde

Ausstellungsdatum

gültig bis

\*Für die korrekte Identifizierung ist neben den Ausweisdaten eine **Ausweiskopie** (Vor- und Rückseite) des Versicherungsnehmers erforderlich.

### Angabe zur Steuerpflicht im Ausland

Sind Sie (Versicherungsnehmer) außerhalb von Deutschland steuerpflichtig?

Ja  Nein

(Hinweis: Eine Steuerpflicht in Deutschland bedeutet nicht, dass sie nicht auch in einem anderen Land steuerpflichtig sind).

Wenn Sie mit „Ja“ geantwortet haben, füllen Sie bitte zusätzlich das Formular „Angaben zur Steuerpflicht im Ausland“ aus.

### ~~Empfangsbestätigung~~ (gilt nicht bei Angebotsanforderung)

~~Hiermit bestätige ich, dass ich alle auf Seite 4 aufgeführten Vertragsinformationen in Textform vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten habe.~~

~~Datum/Unterschrift Versicherungsnehmer~~

### Besondere Vereinbarung

Hier können Sie z. B. ein besonderes Bezugsrecht oder einen abweichenden Policenversand (z. B. an Ihre Bank) mit uns vereinbaren.

## Wichtige Hinweise zu den Schlusserklärungen und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf den Folgeseiten die verbindlichen Schlusserklärungen des Antragstellers und der Versicherten Person. Diese Erklärungen enthalten u.a. Informationen zur Verwendung Ihrer Daten, Informationen zu den Regeln zum Versicherungsbeginn und zum Widerrufsrecht.

Sie erklären mit Ihrer Unterschrift darüber hinaus Ihre Einwilligungen zur:

- **Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats, sofern Sie Beitragszahler sind,**
- **Weitergabe der nach § 203 StGB geschützter Daten an selbstständige Vermittler außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a.G.,**
- **Kommunikation per E-Mail,**
- **Bonitätsprüfung (Scoring)**
- **Datenabgleich mit der SCHUFA**

und entbinden uns entsprechend von unserer Schweigepflicht. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Erklärungen und Einwilligungen zum Inhalt des Antrags und bestätigen den Erhalt und Ihre Kenntnisnahme. Diese sind für den Vertragsschluss stets erforderlich. Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise zu widerrufen. **Nähere Informationen dazu finden Sie unmittelbar auf den Folgeseiten.**

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

Es wird bestätigt, dass die gesamten Antragsunterlagen vom/mit dem Versicherungsnehmer ausgefüllt und von diesem unterschrieben wurden und die erforderlichen Unterlagen vor Antragstellung vorlagen. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschriften gemäß Geldwäschegesetz hat der Vermittler anhand vorgelegter Ausweise/Nachweise überprüft und es werden diese als zutreffend bestätigt.

VPa-Nummer

Externe VPa-Nummer

IHK-Registernummer

Unterschrift Vertriebspartner

73949

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

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2012 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihrem betreuenden Vermittler weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Be-

endigung Ihres Versicherungsvertrages in der IDEAL Lebensversicherung a.G. unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärung betrifft den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a.G. Die IDEAL Lebensversicherung a.G. verpflichtet die Vermittler vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an selbstständige Vermittler außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a.G.

Es kann 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 kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die IDEAL Lebensversicherung a.G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten in dem oben genannten Fall an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen. Insoweit entbinde ich die Mitarbeiter der IDEAL Lebensversicherung a.G. von ihrer Schweigepflicht.

### Weitere Einwilligungen

#### Kommunikation per E-Mail

Ich willige ein, dass die IDEAL Lebensversicherung a.G. den Schriftwechsel während der Vertragslaufzeit auch in Textform abwickeln kann. Dabei kann die IDEAL Lebensversicherung a.G. vertragsbezogene Informationen per E-Mail zustellen. Dokumente, die elektronisch bereits zugestellt wurden, werden nicht mehr per Post verschickt. Ein Anspruch auf die elektronische Bereitstellung bestimmter Dokumente bzw. der elektronischen Zustellung aller Dokumente zu einem Vertrag besteht nicht.

#### Bonitätsprüfung (Scoring)

Ich willige ein, dass die IDEAL Lebensversicherung a.G. Informationen über mein Zahlungsverhalten zum Zwecke des Vertragsabschlusses, der Vertragsverwaltung und -abwicklung und im Schadenfall von einer Auskunft (z. B. infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden; Creditreform AG) einholt.

#### Einwilligung zum Datenabgleich mit der SCHUFA

Im Rahmen der Antragstellung übermitteln wir Ihre persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Bankverbindung) zum Zwecke der Identitätsprüfung und Kontonummernprüfung an die SCHUFA (SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden).

Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten zum Zwecke der Identitätsprüfung an die SCHUFA übermittelt werden und die SCHUFA daraufhin den Grad der Übereinstimmung der bei ihr gespeicherten Personalien mit den von mir angegebenen Personalien in Prozentwerten an IDEAL Lebensversicherung a.G. zurück übermittelt. Die IDEAL Lebensversicherung a.G. kann somit anhand der übermittelten Übereinstimmungsraten erkennen, ob eine Person unter der von mir angegebenen Anschrift im Datenbestand der SCHUFA gespeichert ist.

Ich willige ein, dass IDEAL Lebensversicherung a.G. meine Personalien sowie meine Angaben zur Bankverbindung (IBAN) zum Zwecke der Kontonummernprüfung an die SCHUFA übermittelt und die SCHUFA anhand dieser Daten zunächst prüft, ob die von mir gemachten Angaben zur Bankverbindung plausibel sind. Ferner willige ich ein, dass sie diese Daten zur Prüfung verwendet, ob diese ggf. in ihrem Datenbestand gespeichert sind und sodann das Ergebnis der Überprüfung an IDEAL Lebensversicherung a.G. zurück übermittelt.

Ein weiterer Datenaustausch wie die Bekanntgabe von Bonitätsinformationen oder eine Übermittlung abweichender Anschriften oder Bankverbindungen sowie eine Speicherung Ihrer Daten im SCHUFA-Datenbestand findet nicht statt. Es wird aus Nachweisgründen allein die Tatsache der Überprüfung der Adresse bei der SCHUFA gespeichert. Nähere Informationen finden Sie unter [www.meineSchufa.de](http://www.meineSchufa.de).

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise zu widerrufen. Wenn der Antragsteller nicht die zu versichernde Person ist, so ist auch die Einwilligung der zu versichernden Person notwendig.

### Zusatzleistung ohne Mehrbeitrag – Rückholkostenversicherung für im Ausland verstorbene Personen

Die IDEAL Lebensversicherung a. G. hat für Sie über die IDEAL Vorsorge GmbH die Kosten, die bei Tod der versicherten Person im Ausland für deren Überführung aus dem Ausland auf direktem Weg in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, bis zu 10.300 € weltweit (innerhalb Europas 5.200 €) versichert. Zusätzlich werden die Mehrkosten, die durch den Tod der versicherten Person für die Rückreise des überlebenden Ehepartners bzw. des in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Partners aus dem Ausland zum Wohnort in die Bundesrepublik Deutschland per Kraft- oder Luftfahrzeug entstehen, bis zu 2.560 € erstattet. Den genauen Leistungsumfang lesen Sie bitte in den Vertragsunterlagen. Diese erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein zur Sterbegeldversicherung bzw., wenn beantragt, zur Bestattungsvorsorgeversicherung.

#### \*\* Hinweis zur Angebotsanforderung (wenn gewählt)

Mit dieser Angebotsanforderung stellen Sie keinen verbindlichen Antrag. Auf Basis Ihrer Angaben erstellen wir Ihnen ein für uns verbindliches Angebot. Dieses Angebot müssen Sie anschließend ausdrücklich annehmen. Sie erhalten umgehend alle wichtigen Unterlagen und Vertragsinformationen. Bitte beachten Sie, dass wir ein verbindliches Angebot nur erstellen können, wenn Sie alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß machen. Von der Erlaubnis zum Einzug der Beiträge wird nur im Falle des Zustandekommens des Versicherungsvertrages Gebrauch gemacht.

## Vertragsinformationen (gilt nicht bei Angebotsanforderung)

Vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung müssen wir Ihnen als Versicherungsnehmer **alle vertragsrelevanten Informationen aushändigen**. Im Einzelnen sind dies die nachfolgend genannten **Bestandteile der Vertragsinformationen**:

- Antrag IDEAL SterbeGeld
- Produktinformationsblatt
- Verbraucherinformationen
- Mitteilung der Wertentwicklung
- Allgemeine Versicherungsbedingungen des IDEAL SterbeGeld
- Allgemeine Bedingungen zur Rückholkostenversicherung

- Steuereinformationen
- Information zur Verwendung Ihrer Daten

Die Bedingungen gelten in der zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Version. Wenn Sie alle Informationen in Textform erhalten haben, bestätigen Sie dies bitte auf der Vorderseite. Die vollständigen vertragsrelevanten Informationen bekommen Sie nochmals zusammen mit dem Versicherungsschein.

## Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers zur Sterbegeldversicherung (gilt nicht bei Angebotsanforderung)

### Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt.

Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie alle weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter [www.ideal-versicherung.de](http://www.ideal-versicherung.de) abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragsnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn per Post.

Wir führen und verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten sowie Ihre Bankverbindung innerhalb der IDEAL Gruppe in gemeinsamen Datensammlungen. Diese nutzen wir, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen) und um Ihnen schriftliche Informationen und Angebote über unsere Produkte zukommen zu lassen. Der Zusendung von Werbung können Sie jederzeit widersprechen.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten per E-Mail unter [datenschutz@ideal-versicherung.de](mailto:datenschutz@ideal-versicherung.de) oder telefonisch unter 030/ 25 87 -0 beantragen. Darüber hinaus können Sie Anspruch auf die Berichtigung Ihrer Daten haben, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Unabhängig davon sind wir gesetzlich verpflichtet, Daten für Zwecke der Prävention von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung bis zu fünf Jahre nach Beendigung der Geschäftsbeziehung aufzubewahren.

Informationen über das allgemeine Zahlungsverhalten unserer Versicherungsnehmer werden zum Zwecke des Vertragsabschlusses, der Vertragsverwaltung und -abwicklung und im Schadenfall von einer Auskunft (z.B. infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden; Creditreform Berlin Wolfram AG, Karl-Heinrich-Ulrichs-Straße 1, 10787 Berlin) eingeholt.

### Information zur automatisierten Entscheidung:

Im Rahmen der straffen und automatisierten Verarbeitungsprozesse wird die Entscheidung über die Annahme Ihres Antrages anhand definierter Kriterien automatisiert getroffen. Sollten eine ablehnende oder sonstige negative Entscheidung über Ihren Antrag getroffen werden, haben wir organisatorisch sichergestellt, dass die automatisierte Entscheidung durch einen Mitarbeiter persönlich überprüft wird.

## Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

### Widerrufsbelehrung

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) widerrufen.

Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, ggf. der Besonderen und Ergänzenden Bedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1-4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum BGB. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

Per Post: IDEAL Lebensversicherung a.G., Kochstr. 26, 10969 Berlin

Per E-Mail: [service@ideal-versicherung.de](mailto:service@ideal-versicherung.de)

Per Telefax: 030/ 25 87 -80

#### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir

erstaten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, 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.

Dabei handelt es sich um den im Antrag bzw. Angebot ausgewiesenen Betrag, der anteilmäßig entsprechend den Tagen der Risikotragung berechnet wird.

Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 VVG 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.

#### 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.

#### Ende der Widerrufsbelehrung

### Nebenabreden

Diese sind nur mit schriftlicher Zustimmung der IDEAL Lebensversicherung a.G. wirksam. Vertriebspartner sind hierzu nicht berechtigt.

IDEAL Lebensversicherung a.G. · Sitz der Gesellschaft Berlin

Handelsregister-Nr. HRB 2074 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Hauptverwaltung: Kochstraße 26 · 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Michael Westkamp

Vorstand: Rainer M. Jacobus (Vorsitzender), Olaf Dilge, Karlheinz Fritscher, Dr. Arne Barinka (stv.)

Telefon: 030/ 25 87 -0 · Telefax: 030/ 25 87 -347 · E-Mail: [info@ideal-versicherung.de](mailto:info@ideal-versicherung.de) · Nutzen Sie auch unseren Service im Internet unter [www.ideal-versicherung.de](http://www.ideal-versicherung.de)

IDEAL Vorsorge GmbH · Sitz der Gesellschaft Berlin

Handelsregister-Nr. HRB 68811 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Hauptverwaltung: Kochstraße 26 · 10969 Berlin · Geschäftsführung: Karlheinz Fritscher, Frank Lange

Telefon: 030/ 25 87 -0 · Telefax: 030/ 25 87 -347

Vermittler D-AH5S-IY0IR-94 (Vermittlerregister):  
Tina Voorgang, Postfach 42 02 23, 65103 Wiesbaden

## Beratungs- und Dokumentationsverzicht

### Kunde:

Frau/Herr \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

### Kundenwunsch:

Der Kunde wünscht die Sterbegeldversicherung „IDEAL SterbeGeld“ der IDEAL Lebensversicherung a.G.

Auf eine Beratungs- und Dokumentation wird ausdrücklich verzichtet.

### Hinweis:

Der Kunde wurde von dem Vermittler darauf hingewiesen, dass sich der Verzicht auf eine Beratung und eine Dokumentation nachteilig darauf auswirken kann, gegen den Vermittler einen Schadensersatzanspruch aufgrund der Verletzung von Beratungs- und Dokumentationspflichten geltend machen zu können.

### Unterschriften:

Die Vermittlerinformationen und die Anschrift der Streitschlichtungsstelle wurden ausgehändigt.

Diese Verzichtserklärung kann der Kunde ausdrucken, als PDF Datei speichern oder er erhält eine Kopie in Papierform.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vermittler





**Vermittler D-AH5S-IY0IR-94 (Vermittlerregister):**  
Tina Voorgang, Postfach 42 02 23, 65103 Wiesbaden

## Beratungs- und Dokumentationsverzicht

### Kunde:

Frau/Herr

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Wohnort

---

### Kundenwunsch:

Der Kunde wünscht die Sterbegeldversicherung „IDEAL SterbeGeld“ der IDEAL Lebensversicherung a.G.

Auf eine Beratungs- und Dokumentation wird ausdrücklich verzichtet.

### Hinweis:

Der Kunde wurde von dem Vermittler darauf hingewiesen, dass sich der Verzicht auf eine Beratung und eine Dokumentation nachteilig darauf auswirken kann, gegen den Vermittler einen Schadensersatzanspruch aufgrund der Verletzung von Beratungs- und Dokumentationspflichten geltend machen zu können.

### Unterschriften:

Die Vermittlerinformationen und die Anschrift der Streitschlichtungsstelle wurden ausgehändigt.

Diese Verzichtserklärung kann der Kunde ausdrucken, als PDF Datei speichern oder er erhält eine Kopie in Papierform.

---

Ort, Datum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde

---

Unterschrift Vermittler



# IDEAL SterbeGeld

## BEITRAGSTABELLE

### monatlicher Beitrag

Beitragszahlungsdauer bis Endalter 85 Jahre, abweichende Beitragszahlungsdauern sind individuell zu ermitteln.

Alter	Monatsbeitrag für eine Versicherungssumme von					Beitragssatz für 1.000 € VS *)	
	3.000 €	4.500 €	6.000 €	7.500 €	10.000 €	ohne doppelte Leistung bei Unfalltod	mit doppelter Leistung bei Unfalltod
40	9,58	13,87	18,16	22,45	29,60	2,86	2,99
41	9,79	14,19	18,58	22,98	30,30	2,93	3,06
42	10,03	14,55	19,06	23,58	31,10	3,01	3,14
43	10,30	14,95	19,60	24,25	32,00	3,10	3,23
44	10,57	15,36	20,14	24,93	32,90	3,19	3,32
45	10,87	15,81	20,74	25,68	33,90	3,29	3,42
46	11,17	16,26	21,34	26,43	34,90	3,39	3,52
47	11,50	16,75	22,00	27,25	36,00	3,50	3,63
48	11,83	17,25	22,66	28,08	37,10	3,61	3,74
49	12,19	17,79	23,38	28,98	38,30	3,73	3,86
50	12,58	18,37	24,16	29,95	39,60	3,86	3,99
51	12,97	18,96	24,94	30,93	40,90	3,99	4,12
52	13,39	19,59	25,78	31,98	42,30	4,13	4,26
53	13,84	20,26	26,68	33,10	43,80	4,28	4,41
54	14,32	20,98	27,64	34,30	45,40	4,44	4,57
55	14,80	21,70	28,60	35,50	47,00	4,60	4,73
56	15,34	22,51	29,68	36,85	48,80	4,78	4,91
57	15,91	23,37	30,82	38,28	50,70	4,97	5,10
58	16,51	24,27	32,02	39,78	52,70	5,17	5,30
59	17,14	25,21	33,28	41,35	54,80	5,38	5,51
60	17,83	26,25	34,66	43,08	57,10	5,61	5,74
61	18,58	27,37	36,16	44,95	59,60	5,86	5,99
62	19,39	28,59	37,78	46,98	62,30	6,13	6,26
63	20,26	29,89	39,52	49,15	65,20	6,42	6,56
64	21,22	31,33	41,44	51,55	68,40	6,74	6,88
65	22,27	32,91	43,54	54,18	71,90	7,09	7,23
66	23,41	34,62	45,82	57,03	75,70	7,47	7,61
67	24,70	36,55	48,40	60,25	80,00	7,90	8,03
68	26,08	38,62	51,16	63,70	84,60	8,36	8,50
69	27,58	40,87	54,16	67,45	89,60	8,86	9,00
70	29,23	43,35	57,46	71,58	95,10	9,41	9,56
71	31,09	46,14	61,18	76,23	101,30	10,03	10,17
72	33,13	49,20	65,26	81,33	108,10	10,71	10,86
73	35,47	52,71	69,94	87,18	115,90	11,49	11,64
74	38,17	56,76	75,34	93,93	124,90	12,39	12,54
75	41,35	61,53	81,70	101,88	135,50	13,45	13,60
76	45,13	67,20	89,26	111,33	148,10	14,71	14,87
77	49,75	74,13	98,50	122,88	163,50	16,25	16,42
78	55,54	82,81	110,08	137,35	182,80	18,18	18,35
79	62,98	93,97	124,96	155,95	207,60	20,66	20,84
80	73,06	109,09	145,12	181,15	241,20	24,02	24,22

\*) Monatsbeitrag = (Beitragssatz x Versicherungssumme/1.000) + 1,00 € Stückkosten, gerundet auf 2 Nachkommastellen  
Der tatsächliche Beitrag kann von dem so berechneten Beitrag abweichen.

VS = Versicherungssumme

# IDEAL Sterbegeld

Beitragstabelle

monatlicher Beitrag

lebenslange Beitragszahlungsdauer, abweichende Beitragszahlungsdauern sind individuell zu ermitteln

Alter	Monatsbeitrag für eine Versicherungssumme von					Beitragssatz für 1.000 € VS *)	
	3.000 €	4.500 €	6.000 €	7.500 €	10.000 €	ohne doppelte Lstg. bei Unfalltod	mit doppelter Lstg.bei Unfalltod
40	9,31	13,47	17,62	21,78	28,70	2,77	2,90
41	9,52	13,78	18,04	22,30	29,40	2,84	2,96
42	9,73	14,10	18,46	22,83	30,10	2,91	3,04
43	9,97	14,46	18,94	23,43	30,90	2,99	3,12
44	10,24	14,86	19,48	24,10	31,80	3,08	3,20
45	10,51	15,27	20,02	24,78	32,70	3,17	3,29
46	10,78	15,67	20,56	25,45	33,60	3,26	3,39
47	11,08	16,12	21,16	26,20	34,60	3,36	3,49
48	11,38	16,57	21,76	26,95	35,60	3,46	3,59
49	11,71	17,07	22,42	27,78	36,70	3,57	3,70
50	12,07	17,61	23,14	28,68	37,90	3,69	3,82
51	12,43	18,15	23,86	29,58	39,10	3,81	3,94
52	12,82	18,73	24,64	30,55	40,40	3,94	4,06
53	13,21	19,32	25,42	31,53	41,70	4,07	4,19
54	13,63	19,95	26,26	32,58	43,10	4,21	4,33
55	14,05	20,58	27,10	33,63	44,50	4,35	4,48
56	14,53	21,30	28,06	34,83	46,10	4,51	4,63
57	15,01	22,02	29,02	36,03	47,70	4,67	4,80
58	15,55	22,83	30,10	37,38	49,50	4,85	4,97
59	16,09	23,64	31,18	38,73	51,30	5,03	5,16
60	16,69	24,54	32,38	40,23	53,30	5,23	5,35
61	17,32	25,48	33,64	41,80	55,40	5,44	5,56
62	17,98	26,47	34,96	43,45	57,60	5,66	5,79
63	18,73	27,60	36,46	45,33	60,10	5,91	6,03
64	19,51	28,77	38,02	47,28	62,70	6,17	6,29
65	20,35	30,03	39,70	49,38	65,50	6,45	6,57
66	21,25	31,38	41,50	51,63	68,50	6,75	6,88
67	22,24	32,86	43,48	54,10	71,80	7,08	7,20
68	23,29	34,44	45,58	56,73	75,30	7,43	7,55
69	24,40	36,10	47,80	59,50	79,00	7,80	7,92
70	25,54	37,81	50,08	62,35	82,80	8,18	8,31
71	26,77	39,66	52,54	65,43	86,90	8,59	8,72
72	28,09	41,64	55,18	68,73	91,30	9,03	9,15
73	29,50	43,75	58,00	72,25	96,00	9,50	9,62
74	31,00	46,00	61,00	76,00	101,00	10,00	10,13
75	32,68	48,52	64,36	80,20	106,60	10,56	10,68
76	34,51	51,27	68,02	84,78	112,70	11,17	11,29
77	36,49	54,24	71,98	89,73	119,30	11,83	11,95
78	38,68	57,52	76,36	95,20	126,60	12,56	12,68
79	41,02	61,03	81,04	101,05	134,40	13,34	13,46
80	43,51	64,77	86,02	107,28	142,70	14,17	14,29

\* Monatsbeitrag = (Beitragssatz x Versicherungssumme/1.000) + 1,00 € Stückkosten, gerundet auf 2 Nachkommastellen

Der tatsächliche Beitrag kann von dem so berechneten Beitrag abweichen.

VS = Versicherungssumme

## 1. Vermittlerinformationen

Tina Voorgang  
Alte Brücke 27, 65207 Wiesbaden  
Telefon: 0611 – 20 47 9 47  
Telefax: 0611 – 18 99 4 72  
E-Mail: [info@plusminus60.de](mailto:info@plusminus60.de)  
Web: [www.plusminus60.de](http://www.plusminus60.de)

- Der Vermittler ist als Versicherungsmakler mit Erlaubnis nach § 34 d Abs. 1 GewO gemeldet.

Aufsichtsbehörde: Industrie- und Handelskammer Wiesbaden  
Wilhelmstraße 24-26, 65183 Wiesbaden

- Der Vermittler ist Mitglied der Industrie- und Handelskammer Wiesbaden, Wilhelmstraße 24-26, 65183 Wiesbaden
- Der Vermittler ist im Vermittlerregister eingetragen unter D-AH5S-IY0IR-94. Der Kunde kann die Eintragung auf [www.vermittlerregister.info](http://www.vermittlerregister.info) überprüfen.

Kontaktdaten der gemeinsamen Stelle, die die Register aller IHKs führt:

Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V.  
Breite Straße 29  
10178 Berlin  
Telefon: 0180 6 00 58 50  
(Festnetzpreis 0,20 €/Anruf; Mobilfunkpreise max. 0,60 € / Anruf)

- Der Vermittler hält keine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung von mehr als 10% der Stimmrechte oder des Kapitals an einem Versicherungsunternehmen.
- Ein Versicherungsunternehmen hält keine mittelbare oder unmittelbare Beteiligung von mehr als 10% der Stimmrechte oder des Kapitals am Versicherungsvermittler.

## 2. Schlichtungsstellen

- Beschwerdestellen – außergerichtliche Streitbeilegung  
Versicherungsombudsmann e.V.  
Postfach 08 06 32  
10006 Berlin  
(weitere Informationen unter: [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de))
- Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin  
(weitere Informationen unter: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de))