

<b>Name, Vorname</b>	<b>Ihre Telefon- Nr. für Rückfragen</b>
	<b>Ihre Emailadresse:</b>

<b>Strasse/ Hausnummer</b>	<b>Versicherungsbeginn zum 1. eines Monats</b>
----------------------------	--

<b>PLZ</b>	<b>Wohnort</b>	<b>Geburtsdatum</b>
------------	----------------	---------------------

**ANTRAG** auf  Beitritt  Erhöhung

Sterbegeldversicherung (Aufnahme ab der Geburt und bis zum 70. Lebensjahr möglich). Die Versicherungsleistung wird beim Tode des Mitgliedes fällig.

<b>Versicherungssumme EUR:</b>	<input type="checkbox"/> <b>2.500 Euro</b>
	<input type="checkbox"/> <b>5.000 Euro</b>
	<input type="checkbox"/> <b>7.500 Euro</b>

<b>Monatsbeitrag EUR:</b>	<b>Euro</b>
---------------------------	-------------

Ich versichere ausdrücklich, daß mein Gesundheitszustand, sowie der Gesundheitszustand der von mir gemeldeten Personen gut sind und eine schwere Krankheit (siehe Rückseite) nicht besteht.  ja  nein

Folgende Medikamente werden regelmäßig eingenommen:

Mir ist bekannt, dass ein Verschweigen von erheblichen Krankheiten, die bekannt sind, zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Bitte lesen Sie auf der Rückseite die Schlusserklärungen der Antragstellenden und der zu versichernden Personen. Diese Erklärungen enthalten u.a. eine Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht, die Einwilligung zur Datenverarbeitung und eine Erläuterung zum Widerspruchsrecht. Durch Ihre Unterschrift werden die Schlußerklärungen Bestandteil des Antrages bzw. Vertrages.

Über weitere Versicherungen bin ich - auf ausdrücklichen Wunsch von mir - nicht informiert worden

**Einzugsermächtigung (Abschluss nur möglich, bei Vereinbarung des Bankeinzugsverfahrens)**

Kontoinhaber (sofern nicht Antragsteller) \_\_\_\_\_

Name der Bank \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ Kto. \_\_\_\_\_

Unterschrift Kontoinhaber (sofern nicht Antragssteller) \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person(en)  
über 16 Jahre, falls nicht selbst Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, falls  
Antragsteller minderjährig ist

\_\_\_\_\_  
Vermittler-Nr

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Vermittlers

## **Schlusserklärungen der antragstellenden Person und der zu versichernden Person Verantwortlichkeit für den Antrag**

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass die Sterbekasse bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann. Der Vermittler darf über die Erheblichkeit von Antragsfragen oder Erkrankungen keine verbindlichen Erklärungen abgeben.

### **Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)**

Ich willige ein, dass die Sterbekasse im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/ Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der Lebensversicherungsunternehmen e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergeben werden, soweit es zur Antragsannahme und Vertragsgestaltung erforderlich ist. Es kann hierfür eine temporäre Einwilligungserklärung abgegeben werden.

### **Weitere Schlusserklärung der zu versichernden Person:**

#### **Schweigepflichtentbindungserklärung**

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

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

### **Weitere Schlußerklärung der antragstellenden Person:**

#### **Durchschrift des Antrags**

Eine Durchschrift des Versicherungsantrags und der Satzung wird mir sofort nach Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt.

#### **Versicherungsbedingungen (Vertragsgrundlagen)**

Für die Versicherung gilt die Satzung der Sterbekasse. Diese wird mir mit dem Antrag übergeben.

Auf Wunsch kann die Satzung auch mit dem Mitgliedsausweis übersandt werden.

#### **Widerspruchsrecht der antragstellenden Person**

Die Versicherung gilt auf der Grundlage des Versicherungsscheins und der Satzung als abgeschlossen, wenn nicht innerhalb von 14 Tagen nach Überlassung des Versicherungsscheins schriftlich widersprochen wird.

#### **Gesundheitsfragen / schwere Krankheiten**

- Sind Sie in den letzten 5 Jahren aufgrund von schweren Krankheiten mindestens zweimal entweder stationär behandelt oder ambulant operiert worden?
- Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer schweren Erkrankung ärztlich beraten, untersucht oder behandelt?

#### Schwere Erkrankungen sind:

- Erkrankungen, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen oder zu einer ambulanten Gelenkoperation geführt haben
- Erkrankungen, die eine Schwerbehinderung (GdB) zur Folge haben
- Erkrankungen, die eine regelmäßige Behandlung oder eine Medikamenteneinnahme erforderlich machen

Bei der Beantwortung der Fragen mit „ja“ müssen weitere Angaben gemacht werden. Bei einer anerkannten Schwerbehinderung muss der vollständige Bescheid des Versorgungsamtes mit den entsprechenden Diagnosen vorgelegt werden.

#### **Eingezahlte Beiträge**

Mir ist bekannt, dass bei höherem Eintrittsalter die Möglichkeit besteht, dass die Summe der eingezahlten Beiträge die versicherte Leistung übersteigt. Die Satzung erkenne ich an

#### **Allgemeine Hinweise**

Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist das Bundesaufsichtsamt Berlin Bonn. Besondere Vereinbarungen sind nur mit Zustimmung der Sterbekasse wirksam. Der Vermittler ist nicht berechtigt, Gebühren zu erheben.

#### **Silberstedter Sterbekasse**

Flensburger Straße 5  
24376 Kappeln  
Tel.: 04642 / 91 47 50  
Fax: 04642 / 91 47 77  
info@silberstedter.de  
www.silberstedter.de

#### **Vertretungsberechtigter Vorstand**

Jens-Uwe Rohwer  
Jürgen Thietje

#### **Aufsichtsbehörde**

Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein  
Düsternbrooker Weg 94, 24105 Kiel // Telefon: 0431/ 988-0

#### **Schlichtungsstelle**

Verein „Versicherungsombudsmann e.V.“, Postfach 080632, 10006 Berlin  
Tel.: 01804/ 22 44 24, Fax: 01804/ 22 44 25

## Produktinformationsblatt

Wir legen großen Wert auf Klarheit und faire Beratung. Aus diesem Grund möchten wir Sie hiermit über die wesentlichen Punkte bezüglich der Sterbegeldversicherung informieren.

Sie Silberstedter Sterbekasse von 1922 ist ein steuerbefreiter, kleiner Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Sinne von § 53 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Sie hat ihren Sitz in Kappeln.

### Silberstedter Sterbekasse

Flensburger Straße 5  
24376 Kappeln  
Tel.: 04642 / 91 47 50  
Fax: 04642 / 91 47 77  
info@silberstedter.de  
www.silberstedter.de

### Vertretungsberechtigter Vorstand

Jens-Uwe Rohwer  
Jürgen Thietje

### Aufsichtsbehörde

Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein  
Düsternbrooker Weg 94, 24105 Kiel  
Telefon: 0431/ 988-0

### Schlichtungsstelle

Verein „Versicherungsombudsmann e.V.“  
Postfach 080632, 10006 Berlin  
Tel.: 01804/ 22 44 24, Fax: 01804/ 22 44 25

Die Satzung wurde ausgehändigt oder auf Wunsch mit dem Mitgliedsausweis übersandt. **Die Satzung ist Bestandteil des Vertrages und wird ausdrücklich anerkannt.**

### Wartezeit

Ein Anspruch auf Sterbegeld besteht nur für Mitglieder, die der Kasse mindestens zwölf Monate angehört haben. Diese Wartezeit entfällt bei Tod durch Unfall.

### Beiträge

Die Beiträge sind bis zum Eintritt des Todes zu zahlen.

Es sind alle Personen ab der Geburt und bis zum 70. Lebensjahr versicherbar.

Bei einem Eintritt in höherem Lebensalter können die bezahlten Beiträge die Auszahlungssumme übersteigen.

### Leistungen

Es kann folgende Höhe der Sterbegelder vereinbart werden:

- 2.500 €
- 5.000 €
- 7.500 €

Die Mitglieder werden an den Überschüssen beteiligt.

### Aufnahme minderjähriger Personen

Minderjährige Personen werden als Vollmitglied gem. §2 Abs. 1 der Satzung geführt.

Die Sterbekasse ist berechtigt, diese Personen, bei Erreichen der Volljährigkeit, schriftlich oder telefonisch zu kontaktieren.

## **SEPA-Basislastschrift-Mandat** Gläubiger-

Identifikationsnr.: DE 93ZZZ00000524520

Mandatsreferenz:

Mitgliedsnummer:

Bis zum jederzeit möglichen Widerruf ist die Silberstedter Sterbekasse ermächtigt, die Abbuchung der fälligen Beiträge laut SEPA Mandatsreferenz von folgendem Konto zu veranlassen:

**Name, Vorname Versicherungsnehmer**

**Adresse Versicherungsnehmer**

**IBAN**

**BIC**

**Name und Ort des Geldinstitutes**

**Bankleitzahl**

**Kontonummer**

**Kontoinhaber Vor-, Nachname, vollständige Adresse  
(nur ausfüllen, falls nicht Versicherungsnehmer)**

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Silberstedter Sterbekasse VVaG auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten hierbei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das erteilte SEPA Basislastschriftmandat gilt auch für die weiteren Fälligkeitstermine, bei denen wir von einer erneuten Lastschriftbenachrichtigung absehen und den Beitrag vom angegebenen Konto abbuchen. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn sich Ihre Bankverbindung zwischenzeitlich geändert hat. Die Silberstedter Sterbekasse verpflichtet sich, mind. 5 Werktage vor dem Tag der Abbuchung eine schriftliche Information zu versenden.

Ort, Datum

**Unterschrift**