

PB Zukunft Sicherheit

Antrag auf Abschluss einer Rentenversicherung

Antrags-/ Vertragsnummer

Frau Herr

Versicherungsnehmer(in)/ versicherte Person
 Name akademischer Grad
 Vorname
 Straße, Hausnummer oder Postfach

Postleitzahl Ort

Geburtsdatum Geburtsort
 Geburtsname
 Staatsangehörigkeit

Telefontagsüber Vorwahl Rufnummer
 E-Mail-Adresse

Versicherungsnehmer/in ist gesetzlicher Vertreter der versicherten Person

Versicherte Person Frau Herr
 Name akademischer Grad

Vorname

Straße, Hausnummer oder Postfach

Postleitzahl Ort

Geburtsdatum Geburtsort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Telefontagsüber Vorwahl Rufnummer

Bei Tod des Versicherungsnehmers wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern nichts anderes vereinbart ist. Hat die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, wird der Erziehungsberechtigte bzw. werden die Erziehungsberechtigten der versicherten Person Versicherungsnehmer.

Bezugsberechtigte Person **Im Erlebensfall:**
 Empfängerin/Empfänger der Leistungen

Im Todesfall:

Umfang der Versicherung
 Versicherungsbeginn Ablauf der Beitragszahlungsdauer
 zu zahlender Betrag Zahlweise

Der Beitrag wird jährlich zum Jahrestag der Versicherung um %

erhöht.

Weitere Informationen dazu finden Sie im Paragraph „Welche Bedingungen gelten für die planmäßige Erhöhung von Beiträgen und Leistungen?“ Ihrer AVB.

Leistungen Rentenbeginn Rentengarantiezeit

Die Höhe der ab Rentenbeginn garantierten Rente berechnen wir aus dem zum

Datum

vorhandenen Gesamtkapital auf Basis der zu diesem Zeitpunkt gültigen Rechnungsgrundlagen. Zur Verfügung steht hierfür zum Rentenbeginn mindestens ein **Garantiekapital** von

EUR*

Wenn die zum Rentenbeginn berechnete lebenslange monatliche Rente niedriger sein sollte als die nachstehend genannte Garantierente, erhalten Sie die Garantierente. Die **monatliche Garantierente** beträgt

EUR*

Überschussystem in der Rentenbezugszeit:
 Steigende Gewinnrente

*Im Falle einer laufenden Beitragszahlung gilt dies nur bei unveränderter Zahlung des Zahlbeitrags während der vereinbarten Beitragszahlungsdauer.

Leistung bei Tod vor Rentenbeginn
 Erlebt die versicherte Person den Rentenbeginn nicht, so zahlen wir das zum Todeszeitpunkt vorhandene Guthaben in einem Betrag aus.

PB Zukunft Sicherheit

Antrags-/ Vertragsnummer

Beitragszahlung Zahlungsart Lastschriftverkehr Überweisung (nur Einmalbetrag)

Die Beiträge sowie ggf. anfallende Kosten für in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Geschäftsvorfälle (z. B. Ausstellung einer Ersatzurkunde) werden widerruflich von dem im SEPA-Lastschrift-Mandat genannten Konto abgebucht. Das SEPA-Lastschrift-Mandat ist Teil dieses Antrags.

Geldwäschegesetz Ich schließe die Versicherung für eigene Rechnung ab, sofern ich nichts anderes vermerkt habe.

Hinweis/Einwilligungserklärung Bitte beachten Sie vor Abgabe Ihrer Unterschrift, dass auch die von Ihnen zu unterschreibende „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung Ihrer Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ Bestandteil dieses Antrags ist.

Empfangsbestätigung Hiermit bestätige ich die folgenden Unterlagen erhalten zu haben: Das Basisinformationsblatt, die Informationen nach VVG-Informationspflichtenverordnung, die Wertetabelle, die Versicherungsbedingungen sowie Verbraucherinformationen.

Datum | Vertriebschlüssel

Unterschrift Versicherungsnehmerin/Versicherungsnehmer

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Versicherte Person, falls nicht Versicherungsnehmer/in (bei Minderjährigen gesetzliche/r Vertreter/in)

Name, Vorname in Druckbuchstaben

VGE-Nummer

Versicherungsbedingungen Für die Versicherung gelten die Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung (AVB).

Allgemeine Hinweise Hauptgeschäftstätigkeit Die PB Lebensversicherung AG ist Versicherer für Lebensversicherungen. Sie ist Partner der Postbank.

Befristung/Gültigkeitsdauer der Informationen und des Angebots

An dieses Angebot halten wir uns 6 Wochen gebunden, maximal aber bis zum Ablauf des laufenden Kalenderjahres.

Bindefrist des Antragstellers (Kunde)

Als Kunde und Antragsteller sind Sie an den Antrag 6 Wochen gebunden.

Angabe der Sprache

Sie erhalten die Vertragsbedingungen und Vorabinformationen in deutscher Sprache und wir kommunizieren während der Vertragslaufzeit mit Ihnen in deutscher Sprache.

Nebenabreden

Nebenabreden sind nur mit schriftlicher Zustimmung des Versicherers wirksam.

Sicherungsfonds für die Lebensversicherer

Zum Schutz der Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstigen aus dem Lebensversicherungsvertrag begünstigten Personen existiert ein Sicherungsfonds für die Lebensversicherer. Mit den Aufgaben und Befugnissen des Sicherungsfonds für die Lebensversicherer ist die Protetektor Lebensversicherungs-AG vom Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung („Beleihungs-Rechtsverordnung“) betraut worden.

Anschrift

Protetektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin

Beurteilung der Eignung nach § 7c VVG

Bitte beachten Sie, dass der Versicherer dem Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit keine regelmäßige Beurteilung der Eignung des empfohlenen Versicherungsanlageprodukts gem. § 7c VVG anbietet.

PB Zukunft Sicherheit

Widerrufsbelehrung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung 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 (VVG) 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: PB Lebensversicherung AG, Proactiv-Platz 1, 40721 Hilden oder per E-Mail an info@pb-versicherung.de oder per Fax an: 02103/34-9535.

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 der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Anschluss an die Widerrufsbelehrung ausgewiesenen Betrag. Den Rückkaufswert 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 des Versicherungsvertragsgesetzes 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.

– Ende der Widerrufsbelehrung –

Der einzubehaltende Betrag bemisst sich bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung wie folgt:

$$\frac{\text{Anzahl der Tage mit Versicherungsschutz} \times \text{Im Versicherungsjahr zu zahlender Beitrag}}{360}$$

Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag bemisst sich der einzubehaltende Betrag wie folgt:

$$\frac{\text{Anzahl der Tage mit Versicherungsschutz} \times \text{Einmalbeitrag}}{360 \times \text{Anzahl der Jahre bis zum Rentenbeginn bzw. der Versicherungsdauer}}$$

Hinweis Einwilligung in die Erhebung und Verwendung Ihrer Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir, die PB Lebensversicherung AG, Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Kundenservicegesellschaften oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung-/Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne die 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 PB Lebensversicherung 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.

Datenweitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der PB Lebensversicherung AG

Die PB Lebensversicherung 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)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Talanx Konzerns 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 Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie auf den Folgeseiten des Antrags. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.pb-versicherung.de eingesehen oder bei unserem Datenschutzbeauftragten (Talanx AG, Riethorst 2, 30659 Hannover, E-Mail: privacy@talanx.com) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die PB Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und entbinde die Mitarbeiter des Talanx Konzerns und sonstiger Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. 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 Vertragsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die PB Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die für die PB Lebensversicherung AG tätigen Personen insoweit von Ihrer Schweigepflicht.

Antrags-/Vertragsnummer	Datum
-------------------------	-------

Unterschrift

Versicherungsnehmer/in/Versicherte Person

X

Name, Vorname in Druckbuchstaben

bei Minderjährigen gesetzliche/r Vertreter/in

X

Name, Vorname in Druckbuchstaben