

Vertragsprüfung Widerspruchs-/Rücktrittsbelehrung Kapitallebens- und Rentenversicherung

...⚡ Auftrag mit Einzugsermächtigung

Bitte füllen Sie pro Versicherungsvertrag ein **Formular** aus und senden Sie es mit dem erteilten **SEPA-Lastschriftmandat** (auf Seite 3 des Dokuments) sowie **Kopien** Ihrer Unterlagen per **Post** an die

Verbraucherzentrale Hamburg e. V.
Kirchenallee 22, 20099 Hamburg

Die Vertragsprüfung kostet 85 € pro Vertrag.

Mein Anliegen:

Ich möchte wissen, ob die Widerspruchsbelehrung/Rücktrittsbelehrung fehlerhaft ist und ich ein Recht auf Rückzahlung meiner Prämien habe. Ich habe meinen Vertrag zwischen 1995 und Ende 2007 abgeschlossen.

Bitte fügen Sie diesem Auftrag **ausschließlich Kopien** folgender Unterlagen bei.
Für Originalunterlagen übernehmen wir keine Haftung.

- Versicherungsschein und sämtliche Nachträge
- Widerspruchsbelehrung/Rücktrittsbelehrung
- Versicherungsbedingungen
- Versicherungsantrag
- ggfs. bei Vertragsschluss übersandtes Policenbegleitschreiben
- letzte Standmitteilung
- ggfs. Abrechnungsschreiben bei Kündigung oder Ablauf

1. Name des Versicherers (z.B. Allianz, Generali, Ergo)

2. Daten des Versicherungsnehmers

- a. Name und Vorname _____
- b. Geburtsdatum _____
- c. Anschrift (aktuell) _____
- d. Telefon/Fax/E-Mail _____

3. Vertragsdaten

a. Art der Versicherung (Kapitallebens-V., Rentenversicherung, Zusatzversicherungen):

b. Versicherungsnummer

c. Versicherungsbeginn

4. Der Vertrag wurde

gekündigt zum

beitragsfrei gestellt zum

er läuft noch

Summe aller Beitragszahlungen in €

Bei Kündigung:

Welchen Betrag hat der Versicherer nach der Kündigung ausgezahlt (Rückkaufswert) und wie setzt sich dieser zusammen? (Abrechnungsschreiben beifügen)

Bei Beitragsfreistellung:

Welche beitragsfreie Versicherungssumme bzw. Rente hat der Versicherer ermittelt? (Abrechnungsschreiben beifügen)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in der Verbraucherzentrale Hamburg e.V. gespeichert und für verbraucherpolitische Zwecke ausgewertet werden. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse/Telefonnummer/E-Mail-Adresse an Journalisten weitergegeben wird.

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung / Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60VZH00000343627

Mandatsreferenz (**wird von der Verbraucherzentrale ausgefüllt**):

Beratungsleistung:

Vertragsprüfung Widerspruchs-/Rücktrittsbelehrung Kapitallebens- und Rentenversicherung

Kontoinhaber/in (Name, Vorname)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Falls Kontoinhaber nicht Auftraggeber ist:

Auftraggeber/in (Name, Vorname)

E-Mail Kontoinhaber (unbedingt angeben für Vorabinformation)

Ich ermächtige die Verbraucherzentrale Hamburg e. V., einmalig eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Verbraucherzentrale Hamburg e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

85,00 €

Betrag in Euro

IBAN des Zahlungspflichtigen

BIC

Ort, Datum

Unterschrift

Für Ihre Unterlagen
Bitte nicht zurückschicken

Zustandekommen des Vertrages

Das Angebot „**Vertragsprüfung Widerspruchs-/Rücktrittsbelehrung Kapitallebens- und Rentenversicherung**“ auf unserer Internetseite stellt unser Angebot auf den Abschluss eines Dienstleistungsvertrages dar. Dieses können Sie durch Übersendung des ausgefüllten Fragebogens und der ausgefüllten Einzugsermächtigung annehmen, so dass durch Ihre Annahme ein Dienstleistungsvertrag zustande kommt.

Zahlung: Wir machen von der Einzugsermächtigung erst dann Gebrauch, wenn wir Ihnen die Vertragsprüfung zusenden. Über die Kontobelastung werden wir Sie zwei Wochen vorher informieren.

Widerrufsbelehrung

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsschlusses. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns,

Verbraucherzentrale Hamburg e.V., Kirchenallee 22, 20099 Hamburg,
Tel. (040) 24832 0, Fax: (040) 24832 290 E-Mail: versicherungen@vzhh.de,

mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrages bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistung während der Widerrufsfrist beginnen soll, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich des Vertrages unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

Kündigung des Dienstvertrages:

Unabhängig von Ihrem gesetzlichen Widerrufsrecht können Sie den Vertrag jederzeit kündigen bevor wir mit der Ausführung der Dienstleistung begonnen haben. Kosten entstehen Ihnen in diesem Fall nicht.

Muster-Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es zurück an:

Verbraucherzentrale Hamburg e.V.
Kirchenallee 22
20099 Hamburg

Fax: (040) 24832 290

E-Mail: versicherungen@vzhh.de

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung:

Vertragsprüfung Widerspruchs-/Rücktrittsbelehrung Kapitallebens- und Rentenversicherung

Bestellt am:	
Name des Verbrauchers:	
Anschrift des Verbrauchers:	
Unterschrift des Verbrauchers: (nur bei Mitteilung auf Papier)	
Datum:	