

# Rechenservice: Rückabwicklung bei Widerspruch von Kapitallebens- und Rentenversicherung

## ...❖ Auftrag mit Einzugsermächtigung

Bitte füllen Sie pro Versicherungsvertrag ein Formular aus und übersenden Sie es mit dem erteilten **SEPA-Lastschriftmandat** (auf Seite 3 des Dokuments) sowie **Kopien** Ihrer Unterlagen **möglichst per E-Mail**. Alternativ können Sie den Auftrag per Post senden.

**E-Mail: [versicherungen@vzhh.de](mailto:versicherungen@vzhh.de)**

**Verbraucherzentrale Hamburg e. V.**

Bitte senden Sie diesen Auftrag möglichst **per E-Mail** mit folgenden Unterlagen:

**Kirchenthaler 22, 20099 Hamburg**  
Fax: (040) 24832-290

- Versicherungsschein und **sämtliche Nachträge**
- Widerspruchsbelehrung/Rücktrittsbelehrung
- Versicherungsbedingungen
- Versicherungsantrag
- ggf. Begleitschreiben der Versicherung bei Vertragsbeginn

Wir übernehmen keine Haftung für Unterlagen, die Sie uns per Post übersenden.

**Der Rechenservice kostet 100 €.**

Sollte die Widerspruchsbelehrung nach unserer Auffassung ordnungsgemäß erfolgt sein, werden wir keine Berechnung vornehmen und ein Beratungsentgelt in Höhe von 85 € für unsere juristische Prüfung erheben.

### 1. Daten des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

### 2. Vertragsdaten der Versicherung

- a. Art der Versicherung: Kapitallebensversicherung  
private Rentenversicherung

Wir berechnen keine fondsgebundenen Produkte und keine Produkte ausländischer Versicherungsgesellschaften.

b. Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

c. Versicherungsbeginn \_\_\_\_\_  
 (Eine Berechnung ist nur möglich, wenn der Versicherungsbeginn zwischen  
**Mitte 1994 und Ende 2007** lag.)

d. Der Vertrag

läuft noch

wurde gekündigt zum \_\_\_\_\_

Hierzu bitte das **Abrechnungsschreiben** der Versicherung **in Kopie** beifügen.

wurde beitragsfrei gestellt zum \_\_\_\_\_

Hierzu bitte das **Abrechnungsschreiben** der Versicherung **in Kopie** beifügen.

Dem Vertrag wurde bereits widersprochen.

e. Bitte eine Übersicht der Prämienzahlungen erstellen und beifügen.  
 Bei fehlender Übersicht erstellen wir für Sie eine jährliche Einzahlungsübersicht  
 anhand der uns überlassenen vollständigen Unterlagen.  
 Für diese Tätigkeit erheben wir ein zusätzliches Entgelt in Höhe von 30 €.

Wir versenden die Vertragsprüfungen grundsätzlich per E-Mail.  
 In Ausnahmefällen können Sie das Ergebnis auch per Post erhalten.

Ich wünsche Postversand.

### 3. Einwilligung für die Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in der Verbraucherzentrale Hamburg e. V. gespeichert werden und für verbraucherpolitische Zwecke ausgewertet werden. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

### 4. Weitergabe meiner Daten an Journalisten

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**):

**Rechenservice: Rückabwicklung bei Widerspruch von 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., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Verbraucherzentrale Hamburg e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

**100 €** + evtl. 30 € – siehe Ziffer 2.  
e. Betrag in Euro

Ich möchte, dass die Dienstleistung **umgehend** erbracht wird. Ich weiß, dass mein Widerrufsrecht bei vollständiger Vertragserfüllung durch die Verbraucherzentrale Hamburg e.V. erlischt.

\_\_\_\_\_  
IBAN des Zahlungspflichtigen

\_\_\_\_\_  
BIC

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Für Ihre Unterlagen  
Bitte nicht zurückschicken

## Zustandekommen des Vertrages

Das Angebot „**Rechenservice: Rückabwicklung bei Widerspruch von 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 den Beitragsvergleich 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](mailto: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.

### **Hinweis:**

**Ihr Widerrufsrecht erlischt vorzeitig, wenn die Dienstleistung von uns vollständig erbracht wurde und mit der Dienstleistung erst begonnen wurde, nachdem Sie dazu Ihre ausdrückliche Zustimmung erteilt haben und gleichzeitig Ihre Kenntnis davon bestätigt haben, dass Sie Ihr Widerrufsrecht bei vollständiger Vertragserfüllung durch uns verlieren.**

## Muster-Widerrufsformular

*(Bitte füllen Sie dieses Formular nur aus, wenn wir Ihren Versicherungsvertrag doch **nicht** überprüfen sollen.)*

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](mailto:versicherungen@vzhh.de)

---

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

### **Rechenservice: Rückabwicklung bei Widerspruch von Kapitallebens- und Rentenversicherung**

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