

Vertragsprüfung Kapitallebens- u. 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 als PDF-Dateien **möglichst per E-Mail**. Alternativ können Sie den Auftrag per Post senden.

E-Mail: versicherungen@vzhh.de

Verbraucherzentrale Hamburg e. V.

Kirchenallee 22, 20099 Hamburg

Fax: (040) 24832-290

Die Vertragsprüfung kostet 110 € pro Vertrag.

Mein Anliegen:

Ich möchte wissen, ob die Ablaufleistung plausibel ist und wie hoch die Rendite des Vertrages ist.

Ich möchte wissen, ob ich den Vertrag verändern sollte.

Ich möchte wissen, ob die Widerspruchs-/Widerrufs-/Rücktrittsbelehrung fehlerhaft ist und ich ein Recht auf Rückzahlung meiner Prämien habe.

Ich möchte wissen,

➤ Bitte senden Sie diesen Auftrag möglichst **per E-Mail** mit folgenden Unterlagen als PDF-Dateien:

Versicherungsschein, Widerspruchsbelehrung/Rücktrittsbelehrung, Versicherungsbedingungen, Versicherungsantrag, ggf. bei Vertragsschluss übersandtes Policenbegleitschreiben, letzte Standmitteilungen, ggf. Abrechnungsschreiben bei Kündigung oder Ablauf

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

Bitte senden Sie uns keine Originale.

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

2. Daten der versicherten Person

a. Vorname und Name _____

b. Geburtsdatum _____

c. Anschrift (aktuell) _____

d. Telefon/Fax/E-Mail _____

3. Vertragsdaten

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

b. Versicherungs-Nummer

c. Versicherungsbeginn

4. Der Vertrag wurde

☐ gekündigt zum

beitragsfrei gestellt zum

Er läuft noch

Summe der bisherigen Beitragszahlungen

Derzeitiger Beitrag in Euro

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

Ich wünsche Postversand.

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 Kapitallebens- u. Rentenversicherung**

Kontoführende Person (Name, Vorname)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Falls kontoführende Person nicht auftraggebende Person ist:

Auftraggebende Person (Name, Vorname)**E-Mail kontoführende Person (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.

110 €

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 der zahlungspflichtigen Person

BIC

Ort, Datum

Unterschrift

Zustandekommen des Vertrages

Das Angebot „**Vertragsprüfung 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.

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@vzh.de

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

Vertragsprüfung Kapitallebens- und Rentenversicherung

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