

Beitragsvergleich Berufsunfähigkeitsversicherung

... Auftrags mit Einzugsermächtigung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus und senden Sie ihn mit der unterzeichneten Einzugsermächtigung (am Ende des Dokuments) zurück an:

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

Die Prüfung des Beitragsvergleichs kostet **20 €**.

Angaben zur Person

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Raucher: ja nein

Angaben zur Berufsunfähigkeitsversicherung

Wie oft wollen Sie Ihren Beitrag zahlen?

monatlich (12-mal) halbjährlich (2-mal)

vierteljährlich (4-mal) jährlich (einmal)

Wie hoch soll Ihre monatliche Berufsunfähigkeitsrente sein? _____

Bis zu welchem Lebensjahr wollen Sie die Berufsunfähigkeit absichern? _____

Berufsausbildung

- kaufmännisch
- handwerklich
- technisch
- keine
- sonstige
- Meister

Berufsstand

Genauere Berufsbezeichnung: _____

- Angestellte/r
- Angestellte/r ö.D.
- Selbstständige/r
- Arbeiter/in
- Arbeitslose/r
- Beamte/r
- Beamtenanwärter/in
- Soldat/in
- Student/in
- Hausmann/Hausfrau
- Schüler/in

Personalverantwortung für _____ Personen

Anteil der kaufmännischen oder Bürotätigkeit: _____ %

Anteil der körperlichen Tätigkeit: _____ %

Bildungsabschluss

- Hauptschulabschluss
- Qualifizierender Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Abitur
- Fachabitur
- Bachelor (FH)
- Bachelor (Universität)
- Master (FH)
- Master (Universität)
- Diplom (FH)
- Diplom/Magister (Universität)
- Staatsexamen
- Promotion
- Kein Abschluss

Einzugsermächtigung / Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60VZH00000343627

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

**Beratungsleistung:
Beitragsvergleich Berufsunfähigkeitsversicherung**

Kontoinhaber/in (Name, Vorname)

E-Mail

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Falls Kontoinhaber nicht Auftraggeber ist:

Auftraggeber/in (Name, Vorname)

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.

20,00 €

Betrag in Euro

IBAN des Zahlungspflichtigen

Kreditinstitut/ BIC

Ort, Datum

Unterschrift

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

Zustandekommen des Vertrages

Das Angebot „Angebotsvergleich Berufsunfähigkeitsversicherung“ 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.

Leistungszeitraum: In der Regel erhalten Sie den Beitragsvergleich innerhalb von ein bis zwei Wochen, in Ausnahmefällen jedoch spätestens innerhalb von vier Wochen, nachdem wir Ihren ausgefüllten Fragebogen erhalten haben.

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

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:

Angebotsvergleich Berufsunfähigkeitsversicherung

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