



**BEITRITTSERKLÄRUNG
ZUM
RAHMENVERTRAG
DIREKTVERSICHERUNG**

Zwischen der

Name und Anschrift der Tochtergesellschaft

- nachstehend kurz **Tochtergesellschaft** genannt -

und der

Alte Leipziger Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit
Alte Leipziger-Platz 1
61440 Oberursel

- nachstehend kurz **Alte Leipziger** genannt -

vermittelt durch

Name und Anschrift des Vermittlers

Verbund-Vermittler-Nr.

wird nachfolgende Vereinbarung getroffen.

Alle Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral in weiblicher, männlicher und diverser Form zu sehen.

Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

(Nicht erforderlich bei Berufsunfähigkeits- und Erwerbsminderungsversicherungen, sonst bitte immer ausfüllen!)

I. Identifizierung des Versicherungsnehmers (VN) und einer ggf. für ihn auftretenden Person (Erläuterung siehe vorstehende Erklärungen und Hinweise)

Ist der VN in einem Register eingetragen (z.B. Handels-/Vereinsregister)?

<input type="checkbox"/> ja	eingetragen beim Amtsgericht	unter Register-Nr.
-----------------------------	------------------------------	--------------------

Bitte Kopie eines vollständigen und aktuellen Registereintrags, aus dem auch die Vertreter der Firma hervorgehen, beifügen.

Der beigefügte Registerauszug ist älter als 6 Monate, aber es haben sich seitdem keine Änderungen ergeben.

<input type="checkbox"/> nein	Bitte vollständige und lesbare Ausweiskopien (gültiger Personalausweis, Reisepass) <u>aller</u> Personen, die VN sind, beifügen!
-------------------------------	---

Falls für den VN eine andere Person auftritt (bevollmächtigter Vertreter, der diesen Antrag unterschreibt):

Titel	Vorname
Name	
Funktion	

Handelt es sich bei der für den VN auftretenden Person um eine politisch exponierte Person, ein Familienmitglied einer politisch exponierten Person oder eine ihr bekanntermaßen nahestehende Person?

ja (Druckstück scp 515 ausfüllen) nein

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA-Lastschriftmandat (nur ausfüllen, wenn gewünscht)

Der Versicherungsnehmer (VN) ermächtigt die Alte Leipziger (Gläubiger-Identifikationsnummer DE84ZZZ00000082459), Zahlungen vom Konto des Versicherungsnehmers mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weist der Versicherungsnehmer sein Kreditinstitut an, die von der Alte Leipziger auf sein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Der Versicherungsnehmer kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut des Versicherungsnehmers vereinbarten Bedingungen.

IBAN (kein Sparkonto; Hinweis: deutsche IBAN hat 22 Stellen)	
BIC des Kreditinstituts	Name und Ort des Kreditinstituts

Kontoinhaber, wenn nicht VN

Titel	Vorname
Name	
Straße, Nr.	
PLZ	Ort
Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber, wenn nicht VN

Erklärung der Tochtergesellschaft

Die Tochtergesellschaft erklärt mit ihrer Unterschrift, dass sie den Rahmenvertrag (Rahmenvertragsnummer: 01/079/_____ – sofern schon bekannt) und gegebenenfalls vorhandene spätere Nachträge bei der Muttergesellschaft eingesehen hat. Die genannten Rechte und Pflichten gelten ab dem Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Beitrittserklärung.

Einwilligung gemäß Bundesdatenschutzgesetz und zur Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Tochtergesellschaft bestätigt mit ihrer Unterschrift, dass sie nur solche zu versichernden Personen zur Aufnahme in die Versicherung anmelden wird, die ihre Schweigepflichtentbindungserklärung schriftlich erteilt haben.

Zustandekommen des Beitritts

Der Beitritt kommt mit Unterzeichnung der Beitrittserklärung durch die Alte Leipziger zustande. Diese erfolgt in Form einer schriftlichen Bestätigung (Annahmeerklärung), welche an die Tochtergesellschaft versendet wird.

Bestandteil sind die im Rahmenvertrag aufgeführten Anlagen. Die Tochtergesellschaft bestätigt hiermit ausdrücklich, dass sie die Anlagen zum Rahmenvertrag in der jeweils gültigen Fassung erhalten hat.

Ort, Datum

Unterschrift und ggf. Firmenstempel

Ort, Datum

Unterschrift und ggf. Firmenstempel