

Fragebogen für Clerical Medical Versicherungsnehmer

Bitte füllen Sie den Fragebogen so genau wie möglich aus, so dass wir alle Anliegen, die Sie bezüglich Ihrer Clerical Medical Versicherung haben, auswerten können.

Sollten Sie eine Frage nicht verstehen oder aus irgendwelchen Gründen einen neuen Fragebogen benötigen, rufen Sie unseren Servicepartner, Heidelberger Leben Service Management GmbH, bitte unter der Rufnummer 06221 648 5000 in Heidelberg an. Die Kollegen werden Ihnen gerne weiterhelfen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und schicken Sie ihn in dem beigefügten frankierten Umschlag so schnell wie möglich an uns zurück, so dass wir uns um Ihr Anliegen kümmern können.

Bitte beachten Sie: Es steht Ihnen frei, uns die abgefragten Informationen zur Verfügung zu stellen. Sollten Sie Bedenken beim Ausfüllen einiger Felder haben, können Sie diese frei lassen, auch wenn dies nicht explizit angegeben ist. Sofern Sie den Fragebogen unvollständig beantworten, kann dies möglicherweise zu Verzögerungen bei der Bearbeitung sowie dazu führen, dass wir Ihr Anliegen nicht umfassend bewerten können.

Bitte schreiben Sie Ihre Antworten auf diese Seite des Fragebogens

Persönliche Angaben	
1. Versicherungsnehmer(in) Vor-/ Nachname(n):	
2. Referenznummer der Beschwerde – bitte geben Sie diese Nummer bei jeder Kontaktaufnahme an.	
3. Für den Fall, dass wir unser Antwort- schreiben an Dritte weiterleiten sollen, ge- ben Sie bitte den Namen, die Adresse die- ser dritten Person/en sowie gegebenen- falls eine Referenznummer an.	<p>.....</p> <p>.....</p>

Fragebogen für Clerical Medical Versicherungsnehmer

<p>4. Bitte geben Sie die Telefonnummern an, unter denen wir Sie erreichen können, falls wir weitere Informationen von Ihnen benötigen.</p>	<p>Privat</p> <p>Geschäftlich</p> <p>Mobil</p>
Angaben zu Ihrer Versicherungspolice	
<p>5. Versicherungsnummer/n – bitte geben Sie sämtliche Versicherungsnummer/n von Clerical Medical Versicherungspolice/n an, zu denen Sie ein Anliegen haben.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6. Wie haben Sie Ihre Clerical Medical Versicherungspolice/n finanziert (Mehrfachnennung möglich)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch eigene Rücklagen • über ein Darlehen • Sonstiges (bitte angeben) 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7. Sollten Sie die Clerical Medical Versicherungspolice/n über ein Bankdarlehen finanziert haben, geben Sie bitte den Namen und die Adresse der finanzierenden Bank an.</p> <p style="margin-top: 20px;"><i>Am Ende dieses Fragebogens bitten wir Sie um Ihr schriftliches Einverständnis</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Fragebogen für Clerical Medical Versicherungsnehmer

<p><i>zur Kontaktaufnahme mit den genannten Personen bezüglich Ihres Anliegens.</i></p>	
<p>8. Falls Sie die Clerical Medical Versicherungspolice/n über ein Bankdarlehen finanziert haben, geben Sie bitte auch den Darlehensbetrag und die Darlehenswährung an.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>9. Bitte geben Sie auch die Namen etwaiger weiterer Banken an, falls Sie mit diesen Banken später einen weiteren Darlehensvertrag zur Finanzierung Ihrer Clerical Medical Versicherungspolice/n abgeschlossen haben.</p> <p><i>Am Ende dieses Fragebogens bitten wir Sie um Ihr schriftliches Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit den genannten Personen bezüglich Ihres Anliegens</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10. Falls Sie die Clerical Medical Versicherungspolice/n über die Aufnahme eines Bankdarlehens finanziert haben und die Police/n Teil eines anderen Produktes war/en, geben Sie bitte den Namen des Produktes sowie den Gesamtdarlehensbetrag, den Sie zur Finanzierung des Produktes aufgenommen haben, an.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Fragebogen für Clerical Medical Versicherungsnehmer

<p>11. a) Haben Sie zum Zeitpunkt des Versicherungsantrages Auszahlungen beantragt?</p> <p>b) Haben Sie Auszahlungen zu einem späteren Zeitpunkt beantragt?</p> <p>c) Haben Sie eine Änderung der ursprünglich beantragten Auszahlungen beantragt?</p> <p>d) Haben Sie Auszahlungen gestoppt?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>12. Sollte sich der Zahlungsbetrag geändert oder Sie die Auszahlungen gestoppt haben, teilen Sie bitte mit, ob:</p> <p>a) Sie die Änderung aus persönlichen Gründen beantragt haben.</p> <p>b) Ihnen von Ihrem Finanzberater zu dieser Änderung/Einstellung geraten wurde.</p> <p>c) Ihnen von Ihrer Bank zu dieser Änderung / Einstellung geraten wurde.</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Fragebogen für Clerical Medical Versicherungsnehmer

Hintergrund Ihres Anliegens	
<p>13. Haben Sie sich in der Vergangenheit bei Clerical Medical, Scottish Widows Limited oder einem Dritten über dieses Produkt beschwert?</p> <p>Wenn ja, bitte geben Sie das Datum dieser Beschwerde an:</p>	<p>.....</p>
<p>14. Haben Sie gegen Clerical Medical, Scottish Widows Limited oder gegen Dritte im Zusammenhang mit einer Clerical Medical Versicherungspolice vor Gericht Klage erhoben?</p> <p>Wenn ja, geben Sie bitte an:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Datum der Klage • Ob der Rechtsstreit noch andauert • Die Bezeichnung und den Ort des Gerichts • Das Aktenzeichen des Verfahrens 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Fragebogen für Clerical Medical Versicherungsnehmer

Beratungsverlauf	
<p>15. Wie lauten der Name und die Adresse des Versicherungsmaklers, der Ihnen das Produkt vermittelt hat (falls bekannt, bitte aktuelle Adresse angeben).</p> <p><i>Am Ende dieses Fragebogens bitten wir Sie um Ihr schriftliches Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit den genannten Personen bezüglich Ihres Anliegens.</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>16. Bitte teilen Sie uns in eigenen Worten die Umstände des Produkterwerbs mit:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Wo hat die Beratung stattgefunden? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mit wem haben Sie gesprochen? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Fragebogen für Clerical Medical Versicherungsnehmer

<ul style="list-style-type: none"> • Welche Informationen hat man Ihnen vor dem Abschluss der Versicherung(en) mitgeteilt? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Wie funktionierte(n) die Versicherung(en) nach Ihrer damaligen Vorstellung? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Wie sind Ihnen die Kosten, Vorteile und Risiken der Versicherung(en) erklärt worden? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Welche Fragen wurden Ihnen vor dem Abschluss der Versicherung(en) gestellt? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Warum haben Sie sich für den Abschluss dieser und nicht einer anderen zu diesem Zeitpunkt erhältlichen Versicherung entschieden? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Fragebogen für Clerical Medical Versicherungsnehmer

<p>17. Was war Ihr Hauptgrund für den Abschluss der Versicherung?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Rendite <input type="checkbox"/> Steuervorteile <input type="checkbox"/> Sonstiges </p> <p>Falls zutreffend, bitte erklären:</p> <p>.....</p> <p> <input type="checkbox"/> Lebensversicherung <input type="checkbox"/> Altersvorsorge </p>
<p>18. Warum sind Sie mit der Versicherung jetzt unzufrieden?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>19. Bitte legen Sie dem Fragebogen eine Kopie der Aufzeichnungen bei, die Ihr Makler während des Beratungsgesprächs zum Abschluss der Versicherung angefertigt hat.</p> <p>Aufzeichnungen des Vermittlers sind beigefügt</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p>
<p>20. Möchten Sie uns Weiteres mitteilen, das uns bei der Prüfung Ihres Anliegens weiterhelfen könnte?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Fragebogen für Clerical Medical Versicherungsnehmer

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen, richtig und vollständig sind.

.....
(Ort und Datum)

.....
Unterschrift des Versicherungsnehmers)

Fragebogen für Clerical Medical Versicherungsnehmer

<p>21. Ich stimme zu, dass Scottish Widows Limited Kontakt</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit dem Abtretungsempfänger meiner Forderungen (SOWEIT DIESER MITGETEILT WURDE), - jedem Dritten, der in Bezug auf den/die in diesem Fragebogen genannten Versicherungsverträge ein berechtigtes Interesse hat, aber unter Abwägung meiner Interessen, - der darlehensgebenden Bank, wie oben unter den Punkten 7 und 9 angegeben, und/oder - dem Versicherungsmakler, wie oben unter Punkt 15 angegeben, <p>aufnimmt. Ich wünsche, dass Scottish Widows Limited zu folgenden natürlichen oder juristischen Personen <u>keinen</u> Kontakt aufnimmt:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>22. Hiermit entbinde ich Scottish Widows Limited und die oben unter Punkt 21 genannten Personen von jeglichen Geheimhaltungsverpflichtungen mir gegenüber und/oder gegenüber einem Anspruchsberechtigten der Versicherungspolice/n, um Scottish Widows Limited und den unter Punkt 21 angegebenen Personen die Möglichkeit zur Bewertung meines Anliegens in Bezug auf meine Clerical Medical Versicherungspolice(n) zu geben. Scottish Widows Limited kann diese Angaben auch für Verwaltungs-, Gerichts- oder ähnliche Verfahren bezüglich meiner Versicherungspolice/n nutzen und ist berechtigt, diese Information mit Dritten zu teilen. Gleiches gilt auch für andere Unternehmen des Lloyds Banking Konzerns, die in der Europäischen Union ansässig sind.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Fragebogen für Clerical Medical Versicherungsnehmer

Hinweis: Die von Ihnen abgegebenen Informationen können personenbezogene Daten enthalten. Scottish Widows Limited wird diese personenbezogenen Daten streng gemäß den Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes und anderer anwendbarer gesetzlicher Vorschriften verwenden. Auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben wird Scottish Widows Limited die personenbezogenen Daten dazu verwenden, Ihre Beschwerde zu bearbeiten, was zum Beispiel weitere Sachverhaltsaufklärung oder Maßnahmen zur Abhilfe der Beschwerde einschließt. In diesem Zusammenhang kann Scottish Widows Limited die personenbezogenen Daten auch in Verwaltungs-, Gerichts- oder ähnlichen Verfahren verwenden. In jedem Falle wird Scottish Widows Limited sicherstellen, dass personenbezogene Daten nur in erforderlichem Umfang verwendet werden. Bei Fragen zum Thema Datenschutzrecht können Sie sich gerne an unseren Datenschutzbeauftragten wenden, welchen Sie wie folgt kontaktieren können: Servicepartner für Scottish Widows Limited ist die Heidelberger Leben Service Management GmbH, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg oder per E-Mail: kundenservice@clericalmedicaladmin.eu; bitte geben Sie dazu im Betreff „Datenschutzanfrage“ an und verweisen Sie auf diesen Fragebogen.

Einverständnis

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Übermittlung der hierin angegebenen Informationen an andere in der Europäischen Union ansässigen Unternehmen des Lloyds Banking Konzerns oder – soweit notwendig – an rechtliche Berater im Zusammenhang mit der Bearbeitung meines Anliegens.

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift des Versicherungsnehmers)

Fragebogen für Clerical Medical Versicherungsnehmer

LISTE DER DOKUMENTE ALS ANLAGE ZUM FRAGEBOGEN

	Anliegend?
Kopien der beim Kauf des Produkts erhaltenen Dokumente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kopien sämtlicher Aufzeichnungen/Notizen Ihres Maklers, die er während der Beratungsgespräche angefertigt hat.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wichtig: Bitte geben Sie in der Kopfzeile auf der ersten Seite jedes Dokuments Ihren Namen an.