



VERFÜGUNGSDATENBANK DVZ - Deutsche Verfügungszentrale AG Königstraße 5a 01097 Dresden Tel 0351 - 811 74 44 Fax 0351 - 811 74 45 Mail info@dvzag.de Web www.dvzag.de
 Stiftung VorsorgeDatenbank Königstraße 5a 01097 Dresden Tel 0351 - 808 18 14 Fax 0351 - 808 18 20 Mail info@stiftung-vorsorgedatenbank.de Web www.stiftung-vorsorgedatenbank.de

Angaben zur Person (bitte in Druckschrift ausfüllen)

Telefon _____ / _____ / Fax _____ / E-Mail _____ @	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Vorname (Rufname)</td> <td style="width: 25%;">Name</td> <td style="width: 25%;">ggf. Geburtsname</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> M = männlich</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td><input type="checkbox"/> W = weiblich</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Straße und Hausnr.</td> <td colspan="2">Land</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>PLZ</td> <td colspan="3">Ort</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Geburtsort</td> <td colspan="2"></td> <td>Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td>..</td> </tr> </table>	Vorname (Rufname)	Name	ggf. Geburtsname	<input type="checkbox"/> M = männlich				<input type="checkbox"/> W = weiblich	Straße und Hausnr.		Land						PLZ	Ort							Geburtsort			Geburtsdatum				..
Vorname (Rufname)	Name	ggf. Geburtsname	<input type="checkbox"/> M = männlich																														
			<input type="checkbox"/> W = weiblich																														
Straße und Hausnr.		Land																															
PLZ	Ort																																
Geburtsort			Geburtsdatum																														
			..																														

Wichtig zur späteren Online-Identifizierung (bitte mindestens zwei Identifizierungsmerkmale ausfüllen)

Krankenversicherung	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Versicherungsnummer</td> <td style="width: 33%;">Krankenkassennummer</td> <td style="width: 33%;">Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Versicherungsnummer	Krankenkassennummer	Krankenkasse			
Versicherungsnummer	Krankenkassennummer	Krankenkasse					

Ich habe folgende Verfügungen verfasst:

- Betreuungsverfügung/Vorsorgevollmacht
 Patientenverfügung
 Organverfügung
 Trauerverfügung
 Sorgerechtsverfügung
 Widerspruchserklärung zur Verhinderung einer ungewollten Organentnahme im Ausland

Die o. g. Vorsorgeverfügungen sind hinterlegt in der VERFÜGUNGSDATENBANK der DVZ - Deutsche Verfügungszentrale AG / Stiftung VorsorgeDatenbank.

(hilfsweise sind die Verfügungen bei nachstehender Person mit der Bevollmächtigung hinterlegt, die Verfügungen im Verfügungsfall auf Anfrage vorzulegen)

Telefon _____ / _____ / Fax _____ / E-Mail _____ @	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Vorname (Rufname)</td> <td style="width: 25%;">Name</td> <td style="width: 25%;">ggf. Geburtsname</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Straße und Haus-Nr.</td> <td>Land</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLZ</td> <td colspan="3">Ort</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Geburtsort</td> <td colspan="2"></td> <td>Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td>..</td> </tr> </table>	Vorname (Rufname)	Name	ggf. Geburtsname		Straße und Haus-Nr.			Land					PLZ	Ort							Geburtsort			Geburtsdatum				..
Vorname (Rufname)	Name	ggf. Geburtsname																											
Straße und Haus-Nr.			Land																										
PLZ	Ort																												
Geburtsort			Geburtsdatum																										
			..																										

Ergänzende Angaben zur Aufbewahrung bitte auf ein separates Blatt Papier, das Sie mit diesem Auftragsformular fest verbinden sollten (Klammern).

Ich bevollmächtige und beauftrage die DVZ - Deutsche Verfügungszentrale AG / Stiftung VorsorgeDatenbank (bzw. die genannte Person), die oben genannten Verfügungen im eingetretenen Verfügungsfall auf Anforderung einem berechtigten Krankenhaus, med. Einrichtungen/berechtigten Institutionen oder Gericht vorzulegen, damit entsprechend meiner Erklärung verfahren wird.


Ich wähle: Eintrag und Archivierung meiner Verfügungen

- Vorsorgepaket 1** zum Vorsorgebeitrag von 1/4 jährlich 8,82 Euro zzgl. gesetzl. MwSt. (ges. 10,50 Euro) und einer einmaligen Aufnahmegebühr i. H. v. 10,00 Euro (Betreuungsverfügung oder Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Organverfügung und Trauerverfügung)
- Vorsorgepaket 2** zum Vorsorgebeitrag von 1/4 jährlich 2,94 Euro zzgl. gesetzl. MwSt. (ges. 3,50 Euro) und einer einmaligen Aufnahmegebühr i. H. v. 10,00 Euro (Sorgerechtsverfügung und Vermögenssorgeverfügung)
- Vorsorgepaket 3** zum Vorsorgebeitrag von jährlich 17,65 Euro zzgl. gesetzl. MwSt. (ges. 21,00 Euro)
 (Widerspruchserklärung zur Verhinderung einer ungewollten Organentnahme im Ausland)

Diese Preise gelten nach der Preistabelle ab 2007.

Allgemeine Geschäftsbedingungen der DVZ - Deutsche Verfügungszentrale AG für die Einstellung von sachlichen und persönlichen Daten in die VERFÜGUNGSDATENBANK der DVZ AG / Stiftung VorsorgeDatenbank.

- Die DVZ AG verpflichtet sich, die Daten und Hinweise entsprechend dem jeweiligen Aufnahmeantrag in die Datenbank der DVZ AG nach Lastschrift einzustellen. Für Form und Inhalt der eingestellten Informationen übernimmt die DVZ AG keine Haftung.
- Von dem Kunden gewünschte Änderungen der Hinweise im sachlichen und personellen Bereich sowie Löschung der gespeicherten Daten werden nach schriftlicher Mitteilung unverzüglich bearbeitet.
- Nach dem Zahlungseingang erfolgt unverzüglich die Freischaltung der Hinterlegung und der Kunde erhält einen Notfallausweis und eine Bestätigung inkl. Eintragungsnachweis zur Kontrolle sowie für seine persönlichen Akten.
- Wenn kein entgegengesetzter Wille geäußert wird, ist davon auszugehen, dass die bereits hinterlegten Verfügungen ihre Wirksamkeit behalten und eine Verlängerung der Eintragungen um jeweils weitere 3 Monate (Vorsorgepaket 1 und 2) / 12 Monate (Vorsorgepaket 3) zu den vereinbarten Vorsorgebeiträgen (Preistabelle 2007) gewünscht wird. Unberührt bleibt die gesetzliche Regelung, dass jede Einzelverfügung zu jeder Zeit widerrufen werden kann. Mit Eingang des schriftlichen Widerrufs erfolgt die Austragung der Daten aus der Datenbank.
 Verstirbt der Kunde, so endet der Auftrag zur Verfügungshinterlegung automatisch. Zahlungseinstellung erfolgt zum Ende des jeweiligen Auftragssturnus.
- Die DVZ AG verpflichtet sich, die erhobenen persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung der Aufgaben der DVZ AG zu nutzen und nicht an Dritte, die nicht unmittelbar mit dem Aufgabenbereich der DVZ AG zusammenhängen, weiterzugeben.
- Die Zahlungen erfolgen per Lastschrift. Die Kosten einer erfolglosen Lastschrift trägt der Kunde.
- Zur Sicherung der Kundendaten verpflichtet sich die DVZ AG die Daten an die Stiftung VorsorgeDatenbank zu übergeben.
- Gerichtsstand ist Dresden.

Dresden, den 01.12.2006

Diesen Auftrag erteile ich auf der Grundlage der vorstehenden, von mir akzeptierten Allgemeinen Geschäftsbedingungen und erkläre hiermit, dass meine persönlichen Daten in die Online-Datenbank der DVZ - Deutsche Verfügungszentrale AG / Stiftung VorsorgeDatenbank aufgenommen und an berechnete Institutionen weiter gegeben werden sollen.

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Verfügungen meinem heutigen Willen entsprechen und alle meine Verfügungen einen aktuellen Status haben.

Ort/Datum (Auftragstermin)

Unterschrift des Auftraggebers

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die DVZ - Deutsche Verfügungszentrale AG widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen für die Hinterlegung meiner Daten zu Lasten meines nachstehend angegebenen Girokontos durch Lastschrift einzuziehen. Der Einzug der Vorsorgebeiträge erfolgt regelmäßig zu Beginn des jeweiligen 3-Monatssturnus / 12-Monatssturnus. Die einmalige Aufnahmegebühr (Vorsorgepaket 1 und 2 je 10,00 Euro) wird gleichzeitig mit dem ersten fälligen Vorsorgebeitrag eingezogen. Wenn mein Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Die Kosten einer erfolglosen Lastschrift werden vom Unterzeichner übernommen.

Name, Vorname des Kontoinhabers

Kontonummer

BLZ

Kontoführendes Kreditinstitut

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers