

- Lebensversicherung
- Rentenversicherung
- Risikoversicherung
- Berufsunfähigkeitsversicherung

Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Mit diesem Druckstück stellen Sie einen verbindlichen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages auf Grundlage der Ihnen zuvor überlassenen Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV).

Ihren Antrag können wir annehmen, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden.

Mit Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande.

Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Mit diesem Druckstück fordern Sie uns auf, Ihnen ein verbindliches Vertragsangebot zu unterbreiten.

Sie erhalten ein individuell auf Ihren Antrag abgestimmtes Angebot in Form eines Versicherungsscheins. Diesem sind die Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV) sowie ein Annahmeformular beigelegt.

Das Annahmeformular senden Sie uns bitte per Post, Telefax oder als Anhang einer E-Mail zu. Mit dessen Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande und der Versicherungsschein wird wirksam.

Über den Zugang werden wir Sie informieren.

Versicherungsträger:
DBV-Winterthur Lebensversicherung AG
Frankfurter Straße 50, 65170 Wiesbaden
Telefon: 01803-202146*
Telefax: 01803-202147*

Sitz der Gesellschaft: Wiesbaden
Registergericht: AG Wiesbaden – HRB 7501 –

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Herbert Falk

Vorstand: Dr. Frank Keuper (Vors.)
Wolfgang Hanssmann, Ulrich C. Nießen,
Anette Rosenzweig, Dr. Heinz-Peter Roß,
Dr. Heinz-Jürgen Schwering,
Dr. Patrick Dahmen (stv.)

* 9 Cent/Minute aus dem Festnetz der Dt. Telekom AG. (Bei Verbindungen aus einem anderen Festnetz oder einem Mobilfunknetz können abweichende Kosten entstehen.)

Antrag

auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Sind Sie/Ihr Haushalt bereits Kunde? nein falls ja: Vers.-Nr./Kart.-Nr. _____
 ja, selbst ja, andere Haushaltsmitglieder _____

Sie können diesen Antrag verwenden als Neuantrag oder Änderungsantrag. Wenn Sie nicht aus unserem Antragsprogramm WinAs den kompletten Ausdruck eines Neuantrags vornehmen lassen möchten, können Sie dieses Druckstück
– als „Mantel“ für eine aus unserem Antragsprogramm WinAs gedruckte Technikseite oder
– als „Mantel“ für eine oder mehrere Papier-Technikseiten (Druckstücknr. 811201-811207) verwenden.

A 1. Antrag stellende Person
(Vers.-Nehmer)

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
derzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig	Geburtsort	
Straße, Haus-Nr.		Telefon, Telefax/beruflich*	
Postleitzahl, Wohnort		Telefon, Telefax/privat*	

2. Zu versichernde Person
(nur ausfüllen, wenn andere Person als A 1.)

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
derzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig	Geburtsort	
Straße, Haus-Nr.		Telefon, Telefax/beruflich*	
Postleitzahl, Wohnort		Telefon, Telefax/privat*	

3. Mitzuversichernde Person

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum	
derzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig	Telefon, Telefax/beruflich*	

Dok 100005

B. Art, Umfang der Versicherung: Bitte fügen Sie ausgefüllt und unterschrieben bei
– entsprechende Technikseite(n) aus dem Antragsprogramm WinAs
oder
– entsprechende Papier-Technikseite(n)

Anzahl der beigefügten WinAs-Technikseiten
Anzahl der beigefügten Papier-Technikseiten

C. Inkasso Einzugsermächtigung (Von der Einzugsermächtigung wird nur Gebrauch gemacht, wenn der Vertrag zustande kommt.)

Konto-Nr./Personal-Nr.	Bankleitzahl	<input type="checkbox"/> Einbehalt <input type="checkbox"/> Beitragsüberweisung
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers (nur ausfüllen, falls Antrag stellende Person abweichend)		Geldinstitut/Firma/Beschäftigungsstelle/Postamt
		Unterschrift des Kontoinhabers

Erklärung der Antrag stellenden Person nach dem Geldwäschegesetz

Falls eine Versicherungsleistung ausgezahlt wird, erfolgt dies auf das hier angegebene Konto, sofern keine besondere Vereinbarung getroffen wird.

wirtschaftlich Berechtigter:	Name, Vorname/Firma/Verband	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Ich handele für eigene Rechnung			
<input type="checkbox"/> Ja	Land, PLZ, Ort, Straße, Nr.	ausgeübte Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> Nein, ich handele für:			
(z.B. bei unwiderruflichem Bezugsrecht, Beitragszahler nicht identisch mit Vers.-Nehmer)			

Identifizierung Die Identifizierung gilt als erfüllt, weil die Beitragszahlung durch eine Einzugsermächtigung von einem eigenen Konto oder einem Gemeinschaftskonto des Versicherungsnehmers innerhalb Deutschlands erfolgt.

<input type="checkbox"/> Der Versicherungsnehmer ist dem Vermittler persönlich bekannt und wurde bereits	früher bei Abschluss eines Vertrags entsprechend dem Geldwäschegesetz identifiziert.	Vertrags-Nr.:	
<input type="checkbox"/> Der Versicherungsnehmer, bei juristischen Personen der Bevollmächtigte, hat sich ausgewiesen mit: (möglichst Fotokopie beifügen)	<input type="checkbox"/> gültigem Personalausweis <input type="checkbox"/> gültigem Reisepass Nummer _____	ausstellende Behörde	
		Geburtsort	
<input type="checkbox"/> Der Antragsteller ist juristische Person, es handelt in Vollmacht:	Name, Vorname Land, PLZ, Ort, Straße, Nr.	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit

D. Fragen an den Vers.-Nehmer

1. Bezugsrecht zu Lebzeiten der versicherten Person	bei Ablauf/Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeit/schwerer Erkrankung (Dread Disease) /Rentenzahlung bzw. Kapitalabfindung	Name, Vorname	Geburtsdatum
2. Bezugsrecht bei Ableben der versicherten Person	Name, Vorname		Geburtsdatum
3. Falls die versicherte Person nicht Antragsteller ist:	Soll nach dem Tode des Versicherungsnehmers (Antrag stellenden Person) die versicherte Person an seiner Stelle aus der Versicherung berechtigt und verpflichtet sein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Bitte geben Sie Ihr Bruttoeinkommen des letzten Jahres an	_____ €		
5. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? (Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich.)	<input type="checkbox"/> ja Welche? _____		

* freiwillige Angaben

811200 01.2008 Mantel

Antrag

auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Sind Sie/Ihr Haushalt bereits Kunde?

nein
 ja, selbst ja, andere Haushaltsmitglieder

falls ja: Vers.-Nr./Kart.-Nr.

Sie können diesen Antrag verwenden als Neuantrag oder Änderungsantrag. Wenn Sie nicht aus unserem Antragsprogramm WinAs den kompletten Ausdruck eines Neuantrags vornehmen lassen möchten, können Sie dieses Druckstück
– als „Mantel“ für eine aus unserem Antragsprogramm WinAs gedruckte Technikseite oder
– als „Mantel“ für eine oder mehrere Papier-Technikseiten (Druckstücknr. 811201-811207) verwenden.

A 1. Antrag stellende Person
(Vers.-Nehmer)

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
derzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig	Geburtsort	
Straße, Haus-Nr.		Telefon, Telefax/beruflich*	
Postleitzahl, Wohnort		Telefon, Telefax/privat*	

2. Zu versichernde Person
(nur ausfüllen, wenn andere Person als A 1.)

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
derzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig	Geburtsort	
Straße, Haus-Nr.		Telefon, Telefax/beruflich*	
Postleitzahl, Wohnort		Telefon, Telefax/privat*	

3. Mitzuversichernde Person

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum	
derzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig	Telefon, Telefax/beruflich*	

B. Art, Umfang der Versicherung:

Bitte fügen Sie ausgefüllt und unterschrieben bei
– entsprechende Technikseite(n) aus dem Antragsprogramm WinAs
oder
– entsprechende Papier-Technikseite(n)

Anzahl der beigefügten WinAs-Technikseiten

Anzahl der beigefügten Papier-Technikseiten

C. Inkasso

<input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung (Von der Einzugsermächtigung wird nur Gebrauch gemacht, wenn der Vertrag zustande kommt.)	<input type="checkbox"/> Einbehalt <input type="checkbox"/> Beitragsüberweisung
Konto-Nr./Personal-Nr.	Bankleitzahl
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers (nur ausfüllen, falls Antrag stellende Person abweichend)	Unterschrift des Kontoinhabers

Falls eine Versicherungsleistung ausgezahlt wird, erfolgt dies auf das hier angegebene Konto, sofern keine besondere Vereinbarung getroffen wird.

Erklärung der Antrag stellenden Person nach dem Geldwäschegesetz

wirtschaftlich Berechtigter:	Name, Vorname/Firma/Verband	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/> Ich handele für eigene Rechnung	Land, PLZ, Ort, Straße, Nr.	ausgeübte Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> Nein, ich handele für:	(z.B. bei unwiderruflichem Bezugsrecht, Beitragszahler nicht identisch mit Vers.-Nehmer)		

Identifizierung

<input type="checkbox"/> Die Identifizierung gilt als erfüllt, weil die Beitragszahlung durch eine Einzugsermächtigung von einem eigenen Konto oder einem Gemeinschaftskonto des Versicherungsnehmers innerhalb Deutschlands erfolgt.			
<input type="checkbox"/> Der Versicherungsnehmer ist dem Vermittler persönlich bekannt und wurde bereits	früher bei Abschluss eines Vertrags entsprechend dem Geldwäschegesetz identifiziert.	Vertrags-Nr.:	
<input type="checkbox"/> Der Versicherungsnehmer, bei juristischen Personen der Bevollmächtigte, hat sich ausgewiesen mit: (möglichst Fotokopie beifügen)	<input type="checkbox"/> gültigem Personalausweis <input type="checkbox"/> gültigem Reisepass	ausstellende Behörde	
	Nummer	Geburtsort	
<input type="checkbox"/> Der Antragsteller ist juristische Person, es handelt in Vollmacht:	Name, Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
	Land, PLZ, Ort, Straße, Nr.		

D. Fragen an den Vers.-Nehmer

1. Bezugsrecht zu Lebzeiten der versicherten Person	bei Ablauf/Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeit/schwerer Erkrankung (Dread Disease) /Rentenzahlung bzw. Kapitalabfindung	Name, Vorname	Geburtsdatum
2. Bezugsrecht bei Ableben der versicherten Person	Name, Vorname	Geburtsdatum	
3. Falls die versicherte Person nicht Antragsteller ist:	Soll nach dem Tode des Versicherungsnehmers (Antrag stellenden Person) die versicherte Person an seiner Stelle aus der Versicherung berechtigt und verpflichtet sein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Bitte geben Sie Ihr Bruttoeinkommen des letzten Jahres an	€		
5. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? (Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich.)	<input type="checkbox"/> ja Welche?		

* freiwillige Angaben

Dok 100005

811200 01.2008

auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Sind Sie/Ihr Haushalt bereits Kunde?

nein
 ja, selbst ja, andere Haushaltsmitglieder

falls ja: Vers.-Nr./Kart.-Nr.

Sie können diesen Antrag verwenden als Neuantrag oder Änderungsantrag. Wenn Sie nicht aus unserem Antragsprogramm WinAs den kompletten Ausdruck eines Neuantrags vornehmen lassen möchten, können Sie dieses Druckstück
– als „Mantel“ für eine aus unserem Antragsprogramm WinAs gedruckte Technikseite oder
– als „Mantel“ für eine oder mehrere Papier-Technikseiten (Druckstücknr. 811201-811207) verwenden.

A 1. Antrag stellende Person
(Vers.-Nehmer)

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
derzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig	Geburtsort	
Straße, Haus-Nr.		Telefon, Telefax/beruflich*	
Postleitzahl, Wohnort		Telefon, Telefax/privat*	

2. Zu versichernde Person
(nur ausfüllen, wenn andere Person als A 1.)

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
derzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig	Geburtsort	
Straße, Haus-Nr.		Telefon, Telefax/beruflich*	
Postleitzahl, Wohnort		Telefon, Telefax/privat*	

3. Mitzuversichernde Person

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum	
derzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig	Telefon, Telefax/beruflich*	

Dok 100005

B. Art, Umfang der Versicherung:

Bitte fügen Sie ausgefüllt und unterschrieben bei
– entsprechende Technikseite(n) aus dem Antragsprogramm WinAs
oder
– entsprechende Papier-Technikseite(n)

Anzahl der beigefügten WinAs-Technikseiten

Anzahl der beigefügten Papier-Technikseiten

C. Inkasso

<input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung (Von der Einzugsermächtigung wird nur Gebrauch gemacht, wenn der Vertrag zustande kommt.)	<input type="checkbox"/> Einbehalt <input type="checkbox"/> Beitragsüberweisung
Konto-Nr./Personal-Nr.	Bankleitzahl
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers (nur ausfüllen, falls Antrag stellende Person abweichend)	Unterschrift des Kontoinhabers

Falls eine Versicherungsleistung ausgezahlt wird, erfolgt dies auf das hier angegebene Konto, sofern keine besondere Vereinbarung getroffen wird.

Erklärung der Antrag stellenden Person nach dem Geldwäschegesetz

wirtschaftlich Berechtigter:	Name, Vorname/Firma/Verband	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/> Ich handele für eigene Rechnung	Land, PLZ, Ort, Straße, Nr.	ausgeübte Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> Nein, ich handele für: (z.B. bei unwiderruflichem Bezugsrecht, Beitragszahler nicht identisch mit Vers.-Nehmer)			

Identifizierung

<input type="checkbox"/> Die Identifizierung gilt als erfüllt, weil die Beitragszahlung durch eine Einzugsermächtigung von einem eigenen Konto oder einem Gemeinschaftskonto des Versicherungsnehmers innerhalb Deutschlands erfolgt.			
<input type="checkbox"/> Der Versicherungsnehmer ist dem Vermittler persönlich bekannt und wurde bereits	früher bei Abschluss eines Vertrags entsprechend dem Geldwäschegesetz identifiziert.	Vertrags-Nr.:	
<input type="checkbox"/> Der Versicherungsnehmer, bei juristischen Personen der Bevollmächtigte, hat sich ausgewiesen mit: (möglichst Fotokopie beifügen)	<input type="checkbox"/> gültigem Personalausweis <input type="checkbox"/> gültigem Reisepass	ausstellende Behörde	
	Nummer	Geburtsort	
<input type="checkbox"/> Der Antragsteller ist juristische Person, es handelt in Vollmacht:	Name, Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
	Land, PLZ, Ort, Straße, Nr.		

D. Fragen an den Vers.-Nehmer

1. Bezugsrecht zu Lebzeiten der versicherten Person	bei Ablauf/Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeit/schwerer Erkrankung (Dread Disease) /Rentenzahlung bzw. Kapitalabfindung	Name, Vorname	Geburtsdatum
2. Bezugsrecht bei Ableben der versicherten Person	Name, Vorname	Geburtsdatum	
3. Falls die versicherte Person nicht Antragsteller ist:	Soll nach dem Tode des Versicherungsnehmers (Antrag stellenden Person) die versicherte Person an seiner Stelle aus der Versicherung berechtigt und verpflichtet sein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Bitte geben Sie Ihr Bruttoeinkommen des letzten Jahres an	€		
5. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? (Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich.)	<input type="checkbox"/> ja Welche?		

* freiwillige Angaben

811200 01.2008 Mantel

E Gesundheitsfragen an die Antrag stellende Person bzw. an die zu versichernde Person

Beantworten Sie bitte alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der nachfolgenden Angaben sind, jeweils nach bestem Wissen, sowohl die Antrag stellende Person als auch die zu versichernde Person verantwortlich. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich an die DBV-Winterthur Gruppe, 65170 Wiesbaden schriftlich nachzureichen.

Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir den Vertrag aufheben (Rücktritt oder Anfechtung) und die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach § 19 Abs.5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie bitte Anlagen unterschrieben bei.

Größe/Gewicht

1. Wie groß und wie schwer sind Sie? cm kg

Krankheiten/ Unfallfolgen in den letzten 5 Jahren

2. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **5 Jahren** Krankheiten oder Unfallfolgen
- a) des **Herzens**, des **Kreislaufs** oder der **Blutgefäße** (z.B. erhöhter Blutdruck, Schmerzen in der Herzgegend, Migräne, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzkranzgefäße, Durchblutungsstörungen, Venenleiden)? nein ja
 - b) der **Atmungsorgane** (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Kehlkopferkrankung, Schlafstörungen)? nein ja
 - c) des **Magens**, der **Speiseröhre**, des **Darms**, der **Leber**, der **Bauchspeicheldrüse**, der **Galle**, der **Milz** (z.B. Magengeschwür, Entzündungen, erhöhte Leberwerte)? nein ja
 - d) der **Nieren** und **Harnwege**, der **Blase**, der **Geschlechtsorgane**, der **Prostata**, der **Brust** (z.B. Steinleiden, Zysten, Entzündungen)? nein ja
 - e) des **Stoffwechsels**, der **Schilddrüse** (z.B. Diabetes/Zucker, erhöhter Blutzucker, erhöhtes Cholesterin, Gicht)? nein ja
 - f) des **Blutes** oder **Tumorerkrankungen** (z.B. Anämie, Leukämie, Krebs, Lymphknoten)? nein ja
 - g) **Bindegewebs-** oder entzündliche **Gelenkerkrankungen** (z.B. Rheumatismus, Arthritis, Bechterew, Leistenbruch)? nein ja
 - h) **Infektionskrankheiten**, **Geschlechtskrankheiten**, **Tropenkrankheiten** (z.B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose)? nein ja
 - i) der **Psyche**, des **Gehirns**, des **Nervensystems**, **Suchtkrankheiten** (z.B. Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Psychotherapien, Bulimie, Essstörungen, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Lähmungen, Schlaganfall)? nein ja
 - j) der **Augen** (z.B. Sehstörungen, grauer oder grüner Star, Blindheit)? nein ja
bei Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien: Dioptrienwerte links , rechts
 - k) der **Ohren/Sinnesorgane** (z.B. Ohrengeräusche, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, verminderter Geschmacks- oder Geruchssinn)? nein ja
 - l) des **Rückens**, der **Wirbelsäule** und **Bandscheiben** (z.B. Skoliose, HWS-/BWS-/LWS-Syndrom, Rücken-/Nackenschmerzen, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Ischias)? nein ja
 - m) des **Bewegungsapparates**, der **Knochen**, **Gelenke**, **Muskeln**, **Bänder** und **Sehnen** (z.B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Bänder- oder Meniskusschäden)? nein ja
 - n) der **Haut** oder **Allergien** (z.B. Ekzem, Neurodermitis, Heuschnupfen, Hausstaub-/Medikamenten-/Insektenallergie)? nein ja

Ergänzende Informationen, wenn eine oder mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet wurden:

Zu Frage	Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf?	Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen?	Zeitraum von - bis	Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten

Stationäre Behandlungen in den letzten 10 Jahren

3. Wurden Sie in den letzten **10 Jahren stationär** behandelt (auch Reha-Maßnahmen, Kuren, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-/Chemotherapie)? nein ja
Ergänzende Informationen, wenn die Frage mit „ja“ beantwortet wurde:

Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf?	Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen?	Zeitraum von - bis	Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten

Aktueller Gesundheitsstand

4. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? **Wenn „ja“:** Wann? nein ja

5. Besteht eine Behinderung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? **Bitte Rentenbescheid zur Einsicht beifügen!** nein ja

Diagnose/Art der Behinderung/Bestehend seit?	GdB, Grad der MdE, WDB in % ?	Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten
Wenn „ja“: Welche? <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gefahren in der Freizeit

6. Sind Sie Gefahren in der Freizeit ausgesetzt (z.B. Berg-, Flug-, Kampf-, Motor-, Wildwassersport, Fallschirmspringen, Wettfahrten, Tauchen)? nein ja
Wenn „ja“: Welchen? Einschluss des Sportrisikos? ja nein

Auslandsaufenthalt

7. Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder Aufenthalte in Krisengebieten vorgesehen? nein ja
Wenn „ja“: Wohin? beruflich privat Zeitraum:

Bestehende Versicherungen

8. Bestehen bereits Lebens-, Rentenversicherungen, Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? nein ja

Wenn „ja“: Gesellschaft	Vers.Summe/Rente	€ mtl. BU/DU-Rentenhöhe	€ Beginn
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Liegen noch weitere Anlagen bei? Ja, Seiten Ärztliche Untersuchung veranlasst? ja

Dok 100005

811200 01.2008 Mantel

Erklärung	Die Antrag stellende Person und die zu versichernde Person erklären, dass sie die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet haben.
Einwilligungserklärung	Die Antrag stellende Person und die zu versichernde Person geben die nachfolgend abgedruckten Einwilligungserklärungen zur Datenverarbeitung nach dem Bundesdatenschutzgesetz und zur Schweigepflichtentbindung ab.
Wichtig	Dieser Antrag mit dem entsprechenden Versorgungsvorschlag/Vertragsangebot und dem dazugehörigen Technikblatt wird Bestandteil des Versicherungsvertrags.

Widerrufsrecht Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Sie können Ihre Vertragserklärung bis zum Ablauf von 30 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV) ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Eine Erklärung in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: DBV-Winterthur Lebensversicherung AG, Frankfurter Str. 50, 65170 Wiesbaden.

Sofern der in diesem Antrag genannte Versicherungsbeginn vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, bin ich damit einverstanden, dass der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Widerrufsrecht Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Sie können Ihre Annahmeerklärung bis zum Ablauf von 30 Tagen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Diese Frist beginnt aber erst, wenn Sie den Versicherungsschein oder die Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV) erhalten haben. Eine Erklärung in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: DBV-Winterthur Lebensversicherung AG, Frankfurter Str. 50, 65170 Wiesbaden.

Sofern der in diesem Antrag genannte Versicherungsbeginn vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, bin ich damit einverstanden, dass der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Rechtsbelehrung nach § 19/5 VVG Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antragsformular gestellten beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie und/oder die zu versichernde Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie

weisen uns nach, dass Sie weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt haben.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Treten wir vom Vertrag zurück, steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Fortsetzung umseitig

Unterschriften	Ort, Datum	Antrag stellende Person (= Versicherungsnehmer)	Zu versichernde Person (soweit nicht Antrag stellende Person)
	Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen	Vermittler	

Interne Angaben	<input type="checkbox"/> Neuantrag	Versicherungsnummer	Vertrag	<input type="checkbox"/> an VN	KGR	GD/VD Vermittlernummer 1	Vermittlernummer 2	Motiv
	<input type="checkbox"/> Änderungsantrag			<input type="checkbox"/> über GD/VD				
	GSG	ZUW	Fremdvermittlernummer		Externe Vertragsreferenz 1		Externe Vertragsreferenz 2	
	<input type="checkbox"/> PV	<input type="checkbox"/> AF						
	<input type="checkbox"/> ÖD	<input type="checkbox"/> GM						

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Um-

stände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung können wir uns nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist verlängert sich auf zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, können Sie sich nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Gentest Freiwillige Selbstverpflichtung.

Die DBV-Winterthur hat sich verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen erst ab einer Gesamtversicherungssumme von 250.000 Euro bzw. BU-Gesamtjahresrente von 30.000 Euro offengelegt werden. Unter einem prädiktiven Gentest verstehen wir die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf Veränderungen, aus denen die Veranlagung für bestimmte spätere Erkrankungen hervorgeht.

Gentests, die zur Abklärung bereits aufgetretener Krankheitssymptome durchgeführt wurden, sind diagnostische Tests und fallen nicht unter diese Beschränkung.

Bitte fügen Sie jedoch in keinem Fall den Bericht über einen durchgeführten Gentest diesem Antrag bei. Wenn notwendig, werden wir ihn gesondert anfordern.

Allgemeine Hinweise

Eine Durchschrift des Antrags wird mir sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Soweit Vorteilsbedingungen gewährt werden, die vom Bestehen der Mitgliedschaft zu einer Gewerkschaft/Verein abhängig sind, erfolgt ein Datenabgleich mit dieser Organisation ohne Bekanntgabe der Versicherungsinhalte.

Die für Ihre Versicherung zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Postfach 13 08, 53003 Bonn, Internet: www.bafin.de.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin.

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.)

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Diese dürfen wir im Regelfall nur verwenden, nachdem Sie hierin ausdrücklich eingewilligt haben. (Vgl. dazu Ziffer III.) Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies lässt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustandekommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
b) zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;
3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur AXA Gruppe gehörenden Unternehmen (zu denen auch die DBV-Winterthur Gesellschaften zählen und die im Internet unter www.axa.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
5. durch andere Unternehmen/Personen (Dienstleister) innerhalb und außerhalb der AXA Gruppe, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung konzerninterner Datenbestände sowie Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag der Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen;
7. zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch

- a) den Versicherer, andere Unternehmen der AXA Gruppe und den für mich zuständigen Vermittler;
- b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.axa.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden); soweit aufgrund von Kooperationen mit Gewerkschaften/Vereinen Vorteilsbedingungen gewährt werden, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft besteht, mit den Gewerkschaften/Vereinen einen Datenabgleich vornimmt;
8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunft (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);
9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten**Schweigepflichtentbindung**

Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten. Auch zur Bewertung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich werden, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder Liquidation).

Um diese Prüfung und Bewertung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärung ab:

- a) Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.
- b) Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst worden ist, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zum Ablauf von 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
- c) Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht die unter a) genannten Personen und Institute, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren.
- d) Die Angehörigen des Versicherers und seiner Dienstleistungsgesellschaften befreie ich von ihrer Schweigepflicht insoweit, als Gesundheitsdaten an beratende Ärzte oder Gutachter weitergegeben werden.

Wir werden Gesundheitsdaten nach den Absätzen a), b) und c) nur erheben, nachdem wir Sie darauf hingewiesen haben, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Auch können Sie jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn Sie in die einzelne Erhebung jeweils eingewilligt haben. Hierdurch bleibt aber die Verpflichtung, die für Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Leistungspflichtprüfung erforderlichen Nachweise zu erbringen, unberührt. Auch muss damit gerechnet werden, dass sich unsere Prüfung, ob und in welcher Höhe wir Leistungen zu erbringen haben, verzögert.

Datenverwendung

Um die Datenverwendung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärungen ab:

- a) Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.
- b) Ich willige ferner ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (Risikoprüfung und Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing an Dienstleister), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen.

Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

§ 1 Welchen Umfang hat unsere Leistung aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle gemäß den Absätzen 2 bis 4, die aus einem Unfall resultieren, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- a) ein Gelenk verrenkt wird oder
- b) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

(2) Ist eine Todesfallleistung vorgesehen und verstirbt die zu versichernde Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag, zahlen wir die für den Todesfall vorgesehene Todesfallleistung, höchstens jedoch 150.000 EUR. Tritt der Tod vor Vollendung des 7. Lebensjahres der versicherten Person ein, kann die Versicherungsleistung gemäß § 150 Abs. 3 VVG begrenzt sein.

In der Basisversorgung wird eine Todesfallleistung nur an berechnete Hinterbliebene erbracht, und zwar in Form einer Rente (§ 10 Absatz 1 Nr. 2 b) EStG). Sind keine berechtigten Hinterbliebenen vorhanden, endet der vorläufige Versicherungsschutz bei Tod, ohne dass eine Leistung erbracht wird.

(3) Ist eine Hinterbliebenenrenten- und Waisenrenten-Zusatzversicherung vorgesehen, zahlen wir die vorgesehenen Renten, wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes stirbt, höchstens jedoch insgesamt 12.000 Euro jährlich.

(4) Ist eine Berufsunfähigkeitsabsicherung vorgesehen und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine Beeinträchtigung der Berufsfähigkeit der versicherten Person in Höhe von mindestens 50% ein und wird uns diese Berufsunfähigkeit innerhalb von 3 Monaten nach ihrem Eintritt angezeigt, zahlen wir die betreffende Berufsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch 12.000 EUR jährlich.

Die im Rahmen einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen darüber hinaus versicherte Beitragsbefreiung gewähren wir nur, wenn der Versicherungsvertrag zustande kommt. Die Beitragsbefreiung ist begrenzt auf einen Höchstbeitrag von 6.000 Euro jährlich.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Beeinträchtigung der Berufsfähigkeit unter 50% sinkt. Die Leistungen aus der Beitragsbefreiung enden ferner mit Wegfall des Vertrages. Vorgenannte Höchstbeträge gelten auch bei einer Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit.

(5) Besteht für eine Person bei uns oder einem mit uns im Sinne von § 15 Aktiengesetz verbundenen Unternehmen mehrfach vorläufiger Versicherungsschutz, gelten die Höchstbeträge in den Absätzen 2 bis 4 für sämtliche vorläufigen Versicherungsschutzverhältnisse zusammen.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen haben Sie vorläufigen Versicherungsschutz?

Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz sind, dass

- a) gemäß Ihrem Antrag (auf Abgabe eines Vertragsangebots) die Versicherung, die Sie beantragt oder für die Sie die Abgabe eines Vertragsangebotes beantragt haben, spätestens 2 Monate nach Unterzeichnung des Antrags beginnen soll;
- b) Sie uns für den Fall des Zustandekommens des Versicherungsvertrages eine Lastschriftermächtigung für den Beitragseinzug erteilt haben und,
- c) die zu versichernde Person bei Antragstellung das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Haben Sie oder die zu versichernde Person Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind, nicht oder nicht richtig angegeben, sind wir berechtigt, von unserer Zusage des vorläufigen Versicherungsschutzes zurückzutreten und/oder diese Zusage anzufechten

§ 3 Wann beginnt und endet Ihr vorläufiger Versicherungsschutz?

(1) Ihr vorläufiger Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag an dem Ihr Antrag bei uns eingeht, spätestens jedoch am 3. Tag nach Aushändigung an den Vermittler.

(2) Ihr vorläufiger Versicherungsschutz endet

- a) mit dem Beginn des Versicherungsschutzes aus der Versicherung, die Sie beantragt bzw. für die Sie die Abgabe eines Vertragsangebotes beantragt haben;
- oder

b) mit unserer Ablehnung Ihres Antrags oder, wenn Sie unser Vertragsangebot nicht binnen der Ihnen gesetzten Frist annehmen;

oder

- c) mit unserem Rücktritt vom Versicherungsvertrag gem. § 37 VVG bei Nichtzahlung des Einlösungsbeitrages (ersten Versicherungsbeitrages).

Der vorläufige Versicherungsschutz endet auch, wenn Sie die uns erteilte Lastschriftermächtigung widerrufen.

Üben Sie Ihr Widerrufsrecht aus, fichten Sie Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags an oder nehmen Sie Ihren Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes zurück, endet der vorläufige Versicherungsschutz mit Ablauf des Tages, an dem die diesbezügliche Erklärung bei uns eingeht.

§ 4 Was ist nach einem Unfall zu beachten?

(1) Nach einem Unfall, der vor eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

(2) Die von uns übersandte Anzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden. Von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

Die versicherte Person hat Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen sie in den letzten 10 Jahren vor Antragsstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, oder die von uns geforderten Auskünfte selbst zu besorgen und uns zur Verfügung zu stellen.

(3) Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

(4) Bis zur Vorlage der von uns geforderten Auskünfte und Nachweise können wir Versicherungsleistungen zurückbehalten. Dies gilt auch, wenn wir aufgrund Widerrufs oder Einschränkung der uns erteilten Schweigepflichtentbindung und/oder Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung gehindert sind, Art und Umfang unserer Leistungspflicht zu prüfen.

§ 5 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle, die infolge von Erkrankungen, Unfällen, Verletzungen oder Vergiftungen eintreten, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen der Versicherungsnehmer oder die zu versichernde Person vor Antragsunterzeichnung Kenntnis hatte. Dies gilt auch, wenn diese Erkrankungen, Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen im Antrag angegeben wurden. Der Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die vorgenannten gesundheitlichen Umstände für den Eintritt des Versicherungsfalles lediglich mitursächlich geworden sind.

(2) Unsere Leistungspflicht ist zudem in allen Fällen ausgeschlossen, in denen die Bedingungen der Versicherung, die Sie beantragt oder für die Sie die Abgabe eines Versicherungsangebots beantragt haben, einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen Einschränkungen oder Ausschlüsse enthalten, z.B. bei Kriegsereignissen oder dem Einsatz von ABC-Waffen/-Stoffen.

§ 6 Welche Abzüge können wir im Leistungsfall vornehmen?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Uns steht aber ein Entgelt zu, wenn wir Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes erbringen. Dieses Entgelt entspricht dem Einlösungsbeitrag. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstleistungen gemäß § 1 Absätze 2 bis 4. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen Versicherung die Sie beantragt oder für die Sie die Abgabe eines Versicherungsangebots beantragt haben, einschließlich der Bedingungen für die ggf. mit beantragten Zusatzversicherungen auch auf den vorläufigen Versicherungsschutz Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

(2) Von Ihnen verfügte Bezugsrechte gelten auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.