

Erklärung der zu  
versichernden Person

## Erklärung der zu versichernden Person

Antrags-/  
Versicherungs-Nr.

Wenn Kollektiv-  
versicherung:

1 **Antragsteller (Versicherungsnehmer)**

|         |   |                     |
|---------|---|---------------------|
| Name    | Geburtsdatum  | Staatsangehörigkeit |
| Vorname | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W | Telefon-Nummer *    |

\*) Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.

2 **Zu versichernde Person**

|                                  |  |                     |
|----------------------------------|--|---------------------|
| Name                             | Geburtsdatum   | Staatsangehörigkeit |
| Vorname                          | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W  | Telefon-Nummer *    |
| Geburtsname                      | verheiratet<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                     | E-Mailadresse *     |
| Straße und Hausnummer            | Geburtsort   |                     |
| Land                             | Postleitzahl   | Wohnort             |
| Beruf                            | Welchen Abschluss haben Sie? (z. B. Gesellenbrief, Meisterbrief, Fachhochschulabschluss, Hochschulabschluss) |                     |
| derzeitige Tätigkeit und Branche |  |                     |

selbstständig  selbstständig mit mind. 8 versicherungspfl. Vollzeitmitarbeitern  öffentl. Dienst  Beamter  angestellt  gewerbl. Arbeitnehmer  Auszubildender  
Berufsgruppe:  BG1 ( mit Berufsklausel)  BG2  BG3  Student

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Delta Lloyd Leben 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 beiliegenden „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ entnehmen.**

## Allgemeine Risikoprüfung

3 **01** Bestehen für Sie Lebens-, Dread Disease-, Critical Illness-, Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, private Kranken- oder Pflegerentenversicherungen, oder sind entsprechende Versicherungen in den letzten 7 Jahren beantragt, abgelehnt, zurückgestellt oder zurückgezogen worden?  ja  nein  
nähere Angaben:

**02** Sind Sie privat besonderen Gefahren ausgesetzt (zum Beispiel: beim Rennsport, Reiten, Kampfsport, als: Fallschirmspringer, Drachensflieger, Taucher, Bergsteiger) oder planen Sie in den nächsten 6 Monaten einen Aufenthalt von mehr als 8 Wochen außerhalb Westeuropas?  ja  nein  
nähere Angaben:

## Medizinische Risikoprüfung

4 **01** Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (zum Beispiel Krankengymnasten, Heilpraktiker, Osteopathen) an den nachfolgenden Organen bzw. wegen der nachfolgenden Krankheiten oder Funktionsstörungen ambulant untersucht, ambulant beraten oder ambulant behandelt worden. Hierzu zählen auch Röntgen, MRT, CT, Sonografie oder Szintigramm. bzw.  
Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär in einem Krankenhaus, einer Heilstätte oder Rehabilitations-/Kureinrichtung an den nachfolgenden Organen bzw. wegen der nachfolgenden Krankheiten oder Funktionsstörungen stationär untersucht, stationär beraten oder stationär behandelt. Hierzu zählen auch Röntgen, MRT, CT, Sonografie oder Szintigramm. Oder sind solche stationären Behandlungen (zum Beispiel Operationen) in den nächsten 6 Monaten geplant?

A) des **Herzens, des Kreislaufs, der Blut- und Lymphgefäße**  ja  nein  
(Beispiele: erhöhter Blutdruck, Schmerzen in der Herzgegend, Herzklappenfehler, Herzinfarkt, Verengungen der Herzkranzgefäße, Ohnmacht, Rhythmusstörungen, Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Thrombose, Embolie, Lymphödem, Schlaganfall?)  
nähere Angaben:

B) an **Nase, Rachen, Stirn-Kieferhöhle, Lunge, Luftröhre, Bronchien, Zwerchfell**  ja  nein  
(Beispiele: Kehlkopfentzündung, chronische Sinusitis, Nasenseptumveränderung, wiederholte oder chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Asthma, Lungenemphysem, Störungen des Atemrhythmus, berufsbedingte Atemwegsprobleme, Schlaf-Apnoe-Syndrom?)  
nähere Angaben:

C) an **Speiseröhre, Magen, Zwölffinger-, Dünn- und Dickdarm, Bauchspeicheldrüse, Leber, Galle**  ja  nein  
(Beispiele: Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Gallenblasenleiden, akute oder chronische Darmentzündung, akute oder chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung?)  
nähere Angaben:

D) an **Niere, Blase, ableitende Harnorgane, Prostata**  ja  nein  
(Beispiele: Nieren- oder Nierenbeckenentzündung, Nierenversagen, Zysten, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung im Urin, Erkrankungen der Prostata?)  
nähere Angaben:

E) des **Stoffwechsels**  ja  nein  
(Beispiele: Zuckerkrankheit, erhöhtes Gesamtcholesterin, Veränderung der Laborwerte für HDL- und LDL-Cholesterin, erhöhte Neutralfette, Harnsäurerhöhung, Gicht?)  
nähere Angaben:

F) des **Hormonsystems** (Beispiele: Über- bzw. Unterfunktion der Schilddrüse/Nebenschilddrüse, Morbus Basedow, Funktionsstörungen der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) Wachstumshormonmangel, Funktionsstörungen der Nebenniere, klimakterische Hormonstörungen (Wechseljahre))?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

G) **Blut- oder Tumorerkrankungen** (Beispiele: alle Formen der Krebserkrankungen (auch malignes Melanom), Anämie, Leukämie, vergrößerte Lymphknoten, Gerinnungsstörungen, gutartige Tumore)?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

H) akute oder chronische **Infektionen** (Beispiele: Hepatitis, Tuberkulose, Infektionen nach Zeckenbiss, Geschlechtskrankheiten, HIV-positiver AIDS Test oder Tropenkrankheiten wie zum Beispiel Malaria)?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

I) der **Psyche** (Beispiele: Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Schizophrenie, Überlastungs- oder Erschöpfungszustand, Essstörung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS, Abhängigkeits-/Suchterkrankungen)?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

J) des **Gehirns, Rückenmarks** oder der weiteren **Nerven** (Beispiele: Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Schwindel, Lähmungen, mehrmals wöchentlich Kopfschmerzen, Multiple Sklerose, geistige Entwicklungsstörung, Parkinson, Alzheimer, Demenz)?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

K) der **Wirbelsäule, Bandscheiben** (Beispiele: Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden, Rückgratverkrümmung, Lumbago, Bandscheibenvorfall oder Bandscheibenvorwölbung, Morbus Scheuermann, Gleitwirbel, Hexenschuss, Ischias)?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

L) der **Knochen, Gelenke** (Beispiele: Abnutzung, Verschleiß, Entzündung, rheumatische Beschwerden, Bänderverletzungen, Schulter-, Knieschmerzen, Beinverkürzung, Meniskusverletzungen, Hüftfehlstellungen, Amputationen oder Gelenkversteifungen)?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

M) der **Haut** (Beispiele: Neurodermitis, (Kontakt-) Ekzem, Psoriasis)?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

N) **allergischen Erkrankungen** (Beispiele: Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien, Bindehautentzündung, Asthma, Ekzem, atopische (Berufs-) Dermatitis, akute Gesichts- und Kehlkopfschwellung)?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

O) der **Augen** (Beispiele: Sehstörung, Blindheit ein- oder beidseitig, Augenhintergrundveränderungen, erhöhter Augendruck (grüner Star), Netzhauterkrankungen, Hornhautveränderungen, Linsentrübungen (grauer Star)) und der **Ohren** (Beispiele: Ohrensausen, Tinnitus, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, Taubheit)?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

P) Bei bestehender Fehlsichtigkeit? Dioptrien: L  R  Q) Größe  cm Gewicht  kg

**Bei Frauen:**

R) der **weiblichen Unterleibsorgane** und **Brust** (Beispiele: Endometriose, Eierstockzysten, krankhaft veränderter Zellabstrich der Scheide, Mastopathie, Brustdrüsenentzündung)?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

S) Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche?   ja  nein

T) Sind bei vorangegangenen Schwangerschaften/Entbindungen Komplikationen aufgetreten?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

**02** Müssen Sie in zeitlich festen Abständen (täglich, 1- oder mehrfach wöchentlich, monatlich, vierteljährlich) Medikamente einnehmen oder nahmen Sie solche in den letzten 5 Jahren ein?  ja  nein  
(Beispiele: blutzucker- oder blutdrucksenkende Mittel, Herzmittel, langfristige Antibiotikagabe, Hormone, Schmerzmittel, Rheumamittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Antiepileptika, Psychopharmaka, Chemotherapie, zum Beispiel bei Krebsbehandlung)  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

**03** Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen des Konsums von Alkohol-, Betäubungs- oder Rauschmitteln beraten oder behandelt oder konsumierten Sie Betäubungs- oder Rauschmittel?  ja  nein  
(Beispiele: Heroin, Crack, Marihuana, Haschisch, Ecstasy)

**04** Wurde bei Ihnen in den letzten 10 Jahren eine Psychotherapie durchgeführt?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

**05** Haben Sie in den letzten 10 Jahren Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?  ja  nein  
(Beispiele: Knochenbrüche, Amputationen, Lähmungen, innere Verletzungen)  
Wann?  Welcher Art?   
Welche Folgen?

**06** Waren Sie in den letzten 2 Jahren mehr als 12 Wochen arbeitsunfähig erkrankt? Weswegen?  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

**07** Beantragen, bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente oder Pension? (Weshalb bzw. seit wann und von welcher Stelle?)  ja  nein  
nähere Angaben: \_\_\_\_\_

08 Bestehen körperliche Schäden, geistige Störungen oder angeborene Organfehler?  ja  nein  
 (Beispiele: Amputationen, Missbildungen, Versteifungen, Lähmungen) Bzw. ist eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB) anerkannt?

nähere Angaben: \_\_\_\_\_  
 Bitte Angabe des Prozentsatzes: \_\_\_\_\_ %

09 Benötigen Sie Hilfe oder Unterstützung durch andere Personen, um sich im Haus zu bewegen oder das Haus zu verlassen, beim An- und Auskleiden, Waschen, Baden oder um die Toilette zu benutzen? Verwenden Sie Hilfsmittel wie Gehhilfen?  ja  nein  
 (Beispiele: Gehwagen, Rollstuhl, Stock oder Unterarmgehstützen)

nähere Angaben: \_\_\_\_\_

10 Welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet? (Name und vollständige Anschrift)

nähere Angaben: \_\_\_\_\_

### Finanzielle Risikoprüfung

Die Fragen sind von der zu versichernden Person zu beantworten. Bei der Höhe der BU-Jahresrente sind alle für die zu versichernde Person – auch bei anderen Gesellschaften – abgeschlossenen oder beantragten BU-Versicherungen zu berücksichtigen.

5 Für Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsversicherungen, oder wenn eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen ist.

Bei **BU-Jahresrenten von 9.001 bis 24.000 Euro**: Das derzeitige jährliche Nettoeinkommen der zu versichernden Person beträgt: \_\_\_\_\_ Euro

Bei **BU-Jahresrenten von 24.001 bis 29.999 Euro**: Nettoeinkommen (nach Steuer) der zu versichernden Person in den letzten 3 Jahren

|       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Jahr  | Euro  | Jahr  | Euro  | Jahr  | Euro  |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Nettoeinkommen (nach Steuern) bedeutet:

- bei Geschäftsführern (Pensionszusage): Festgehalt ohne gewinnabhängige Tantieme
- bei Selbstständigen: Gewinn aus Praxis/Gewerbe nach Abzug der Betriebsausgaben, Steuern und Vorsorgeaufwendungen

Ist die **zu versichernde Person** selbstständig bzw. beabsichtigt sie sich selbstständig zu machen?  ja  nein

Falls ja, seit wann? \_\_\_\_\_ Anzahl der Vollzeitmitarbeiter \_\_\_\_\_ zu wieviel % mitarbeitend? \_\_\_\_\_ % zu wieviel % kaufmännisch tätig? \_\_\_\_\_ %

Verfügt die **zu versichernde Person** neben der beantragten Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsversicherung noch über weitere Versorgungsleistungen?

- |  |   |                  |                   |
|--|---|------------------|-------------------|
| Sozialversicherung?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | in welcher Höhe? | _____ Euro / Jahr |
| Betriebliche Altersversorgung?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | in welcher Höhe? | _____ Euro / Jahr |
| Berufsständische Versorgung?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | in welcher Höhe? | _____ Euro / Jahr |
| Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung bei einer anderen Gesellschaft? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | in welcher Höhe? | _____ Euro / Jahr |

Bei welcher Gesellschaft? \_\_\_\_\_

Bei **Jahresrenten ab 30.000 Euro**: Bitte reichen Sie zusätzlich Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre von einer unabhängigen Stelle (Bestätigung vom Steuerberater, Einkommenssteuerbescheid etc.) mit ein.

6 Für Kapitallebens-, Risiko- und Fondsgebundene Rentenversicherungen mit Mindesttodesfallsumme wenn mit Todesfallleistungen über 600.000 Euro oder für Rentenversicherungen mit einer Jahresrente ab 30.000 Euro Jahresrente oder Kapitalabfindungen ab 500.000 Euro.

Welchem Zweck dient die beantragte Versicherung?  persönliche Vorsorge  Darlehenstilgung \*)  Rückdeckungsversicherung \*\*)

\*) Bitte legen Sie entweder die Abtretungserklärung oder die Bestätigung der Bank vor, aus der die Darlehenshöhe und die -laufzeit hervorgeht.

\*\*\*) Bitte eine Kopie der Versorgungszusage, sowie Details zum Festgehalt mit einreichen.

Bestehen weitere Kapitallebens-, Risiko-, oder Fondsgebundene Versicherungen mit Todesfallleistungen für die zu versichernde Person oder sind weitere beantragt?  ja  nein

| Bei welcher Gesellschaft | Beginn | Todesfallleistungen | Welchem Zweck der Absicherung (zum Beispiel Absicherung, Darlehensabsicherung) |
|--------------------------|--------|---------------------|--|
|                          |        |                     |  |
|                          |        |                     |  |

Nettoeinkommen (nach Steuer) der zu versichernden Person in den der letzten 3 Jahre? (nicht bei Rückdeckungsversicherungen zu beantworten)

|       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Jahr  | Euro  | Jahr  | Euro  | Jahr  | Euro  |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Nettoeinkommen (nach Steuern) bedeutet:

- bei Geschäftsführern (Pensionszusage): Festgehalt ohne gewinnabhängige Tantieme
- bei Selbstständigen: Gewinn aus Praxis/Gewerbe nach Abzug der Betriebsausgaben, Steuern und Vorsorgeaufwendungen

7 Der Erklärung der zu versichernden Person sind \_\_\_\_\_ zusätzliche Blätter mit näheren Angaben bzw. weiteren Einzelheiten beigelegt.

**Bevor Sie diese Erklärung der zu versichernden Person unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person. Die Schlusserklärung enthält u. a. Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht, zur Bonitätsprüfung, Angaben zum Bundesdatenschutzgesetz, sowie andere wichtige Bestimmungen. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil der Erklärung der zu versichernden Person, mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Schlusserklärung zum Inhalt der Erklärung der zu versichernden Person.**

|   |  |
|---|--|
| _____ den _____ . _____ . _____                             | AVM-P-Nr.: _____   |
| Unterschrift des Antragstellers                             | Unterschrift der zu versichernden Person (wenn nicht gleichzeitig Antragsteller) |
| Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen | Unterschrift des Vermittlers   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Dieser Versicherungsantrag besteht aus 4 Seiten. Eine Kopie aller 8 Seiten habe ich erhalten.</b> |  |   |
|  |  |   |
| Unterschrift des Antragstellers  | Unterschrift der zu versichernden Person (wenn nicht gleichzeitig Antragsteller) | Unterschrift der gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen |

**Einwilligungserklärung  
Erklärungen zur Datenverarbeitung**

**I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit**

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, die Delta Lloyd Lebensversicherung AG, ein Unternehmen der Delta Lloyd Deutschland AG, 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 erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, 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 für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden (vgl. dazu Ziffern II., III. und IV.).

Einen weiterreichenden Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (z.B. Ihre Gesundheitsdaten). Wir dürfen sie im Regelfall nur verwenden, wenn Sie zuvor hierzu ausdrücklich einwilligen (vgl. dazu Ziffer VI.).

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II., III., IV. und Ziffer VI. 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.

**II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten**

Der Antragsteller und die zu versichernde Person willigen ein, dass die allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die Delta Lloyd Lebensversicherung AG.
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Gesellschaften des Delta Lloyd Deutschland Konzerns (eine vollständige Übersicht aller Unternehmen des Konzerns ist auf der Internetseite [www.deltalloyd.de](http://www.deltalloyd.de) veröffentlicht), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z.B. richtige Zuordnung meiner Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.
4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch 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 innerhalb und außerhalb des Delta Lloyd Deutschland Konzerns, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen 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 eingeschalteten Unternehmen/Personen 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 eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieser Systeme 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- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch die Delta Lloyd Lebensversicherung AG, andere Gesellschaften des Delta Lloyd Deutschland Konzerns oder den für mich zuständigen Vermittler.

**III. Finanzdienstleistung und Datenschutz**

Die Delta Lloyd Lebensversicherung AG ist gemäß § 6 VVG gesetzlich verpflichtet, den Antragsteller und die zu versichernde Person im Rahmen des bestehenden Versicherungsverhältnisses zu beraten.

Darüber hinausgehend möchte die Delta Lloyd Lebensversicherung AG den Antragsteller und die zu versichernde Person über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen selbst, durch die Unternehmen des Delta Lloyd Deutschland Konzerns oder den zuständigen Vermittler informieren. Einer solchen Nutzung der allgemeinen personenbezogenen Daten können der Antragsteller und die zu versichernde Person widersprechen.

**IV. Ermächtigung zur Bonitätsprüfung**

Der Antragsteller und die versicherte Person willigen ein, dass die Antrags- und Vertragsdaten (Name/Firma, Vorname, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Geburtsdatum) vor Vertragsabschluss zur Prüfung des Antrags und im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung sowie zu Marketingzwecken jeweils im Rahmen einer Bonitätsprüfung genutzt werden und zu diesem Zweck an das Wirtschaftsunternehmen InfoScore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und an die Firma informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99 in 76532 Baden-Baden übermittelt werden. Der Versicherer ist berechtigt, die Daten zu speichern und den Antrag abzulehnen. Im Rahmen dieser Prüfung bezieht das Unternehmen Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren von der Firma informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99 in 76532 Baden-Baden. Nähere Hinweise siehe Datenschutzerklärung.

**V. Hinweis zur Bonitätsprüfung**

Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlverhalten (Bonitätsprüfung) beziehen wir von der InfoScore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren von der Firma informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, Telefon 0 18 05/13 66 33 (€ 0,14/pro Minute).

Wir nutzen bei Antragstellung die Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis, dem Verzeichnis für private Insolvenzen. Zweck der Bonitätsprüfung bei Antragstellung ist es, die Zahlungsfähigkeit zu überprüfen, um Kosten zu vermeiden, die bei Zahlungsunfähigkeit entstehen. Wir bedienen uns dabei einer Auskunft. Um Verwechslungen ausschließen zu können, kann es dabei erforderlich sein, den Namen/Firma, Adresse und gegebenenfalls das Geburtsdatum an die Auskunft weiterzugeben. Der Bezug von Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren dient im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung sowie zu Marketingzwecken.

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

**1. Verwendung von Gesundheitsdaten der zu versichernden Person zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung  
a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss**

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

**Von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Delta Lloyd Leben befreie ich** zum Zweck der Risikobeurteilung Ärzte, Pflegepersonen, Psychotherapeuten, Psychologen, Heilpraktiker, Physiotherapeuten und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Kurkliniken, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsabschluss für die Delta Lloyd Leben konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend

– und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsabschluss. Die Delta Lloyd Leben wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

**Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben.** Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrags zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt. Wenn Sie in diesem Fall die vorstehende Erklärung nicht abgeben möchten, tragen Sie bitte unter den besonderen Vereinbarungen folgenden Text ein: „Die Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss möchte ich nicht abgeben.“

**b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht**

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (zum Beispiel Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen bei-

spielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (zum Beispiel Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

**Von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Delta Lloyd Leben befreie ich** zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht Ärzte, Pflegepersonen, Psychotherapeuten, Psychologen, Heilpraktiker, Physiotherapeuten und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Kurkliniken, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt bzw. deren Leitungsträger waren. Die Delta Lloyd Leben wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

**Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben.** Ich wünsche, dass mich die Delta Lloyd Leben in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt. Wenn Sie in diesem Fall die vorstehende Erklärung nicht abgeben möchten, tragen Sie bitte unter den besonderen Vereinbarungen folgenden Text ein: „Die Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht möchte ich nicht abgeben.“

**c) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung**

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die Delta Lloyd Leben verwendet werden.

**2. Verwendung von Gesundheitsdaten zur versichernden Person für weitere Zwecke**

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Lebens- und Unfallversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. Nr. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten an meinen Vermittler und den ihn unterstützenden Spezialisten weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens- oder Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht. Ich entbinde den Versicherer sowie weitere Geheimnisverpflichtete von ihrer Schweigepflicht, soweit die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist.

**Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde:**

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Bereich Versicherungen

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

**Anschrift des zuständigen Versicherungsombudsmann:**

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Sie müssten die Beschwerde innerhalb von 8 Wochen einreichen. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

**Anschrift Delta Lloyd Leben:**

Delta Lloyd Leben

Gustav-Stresemann-Ring 7-9

65189 Wiesbaden

Delta Lloyd Lebensversicherung Aktiengesellschaft · Sitz der Gesellschaft: Wiesbaden

Registergericht: Wiesbaden HRB 2145

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Nicolaas Willem Hoek

Vorstand: Christof W. Göldi, Vorsitzender · Wolfgang W. Fuchs, Martin Heuvelmans, Dr. Veronika Simons

**Hinweis auf die freiwillige Selbstverpflichtung zum Umgang mit Gentests**

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen erst ab einer Versicherungssumme von 250.000 Euro bzw. einer Jahresrente von 30.000 Euro offen gelegt werden. Unter einem **prädiktiven Gentest** verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Sämtliche beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen werden bei den genannten Summengrenzen berücksichtigt. (Die vollständige Selbstverpflichtungserklärung kann Ihnen Ihr Vermittler zur Verfügung stellen.)

Überreicht durch: