

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine

- *Berufsunfähigkeitsversicherung (ohne Dienstunfähigkeitsklausel)*
- *Erwerbsunfähigkeitsversicherung*

BD-Eingang		RS	HV-Eingang		RS	BKM Kunden-Nr.	P&D	OBD	IBD	BEZ	GA	ANTR. NR.	M	M	J
Beruf VN	Beruf VP 1	ADM 1 + PROD.-ANT. %		ADM 2 + PROD.-ANT. %		ADM 3 + PROD.-ANT. %		ADM-BKM/ Kooperationsfeld	<input type="checkbox"/> Eigenabschluss <input type="checkbox"/> Nachweis <input type="checkbox"/> Gemeinsam	VS an <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> BD					

Bei Mehrfachagenturen/Maklern bitte Registrierungsnummer vom Zentralregister angeben: _____

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung bei der INTER Lebensversicherung aG – ohne Dienstunfähigkeitsklausel

Neuantrag Änderungsantrag zur Vertrags.-Nr.

Angebotsanforderung Erhöhungsantrag zur Vertrags.-Nr.

Mit ärztlicher Untersuchung ja nein
 (über 2.000 EUR BU-Monatsrente oder über 150.000 EUR Versicherungssumme gegenseitige Anrechnung)

A Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Titel, Vor- und Zuname Geschlecht m w

Geburtsdatum Geburtsname

Familienstand: 1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden, 4 = verw.,
 5 = eheähnli. Gemeinsch., 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft

Staatsangehörigkeit deutsch oder welche Ständig in D seit

Selbstständig ja seit nein
 durchgehend fest angestellte Vollzeitmitarbeiter
 zu % körperlich oder manuell tätig.

Beamter/in ja seit nein

Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche, Amtsbezeichnung, Dienstgrad

Straße/Haus-Nr.

PLZ (für Straße) Wohnort

B Beitragszahler

Titel, Vor- und Zuname (Eintragungen nicht erforderlich, wenn mit Antragsteller identisch)

Einzugsermächtigung
 Hiermit ermächtige ich die INTER widerruflich, die Beiträge zu Lasten meines Kontos

Konto-Nr. BLZ

bei

mittels Lastschrift abzubuchen.
 Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Einlösepflicht.
 Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller.

*freiwillige Angaben

Telefon privat (mit Vorwahl)* Telefon geschäftlich (mit Vorwahl)*

Fax privat (mit Vorwahl)* Fax geschäftlich (mit Vorwahl)*

E-Mail privat* E-Mail geschäftlich*

C Zu versichernde Person (Eintragungen nicht erforderlich, wenn mit Antragsteller identisch)

Titel, Vor- und Zuname Geschlecht m w

Geburtsdatum Geburtsname

Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche, Amtsbezeichnung, Dienstgrad

Straße/Haus-Nr.

PLZ (für Straße) Wohnort

Familienstand: 1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden, 4 = verw.,
 5 = eheähnli. Gemeinsch., 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft

Staatsangehörigkeit deutsch oder welche Ständig in D seit

Selbstständig ja seit nein
 durchgehend fest angestellte Vollzeitmitarbeiter
 zu % körperlich oder manuell tätig.

Beamter/in ja seit nein

D Bezugsberechtigung

Abhängig vom beantragten Tarif für die Berufsunfähigkeitsleistung (Tarif L01), für die Erwerbsunfähigkeitsleistung (Tarif I01) bzw. für die Erlebensfallleistung bei Ablauf der Erwerbsunfähigkeitsversicherung (Tarif I01)

Versicherungsnehmer

abweichend davon an (andere Person mit Namen/Vornamen/Geburtsdatum)

E Berufsunfähigkeitsversicherung (ohne Dienstunfähigkeitsklausel)

Es gelten die Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsbeginn 0 1 2 0

Eintrittsalter der zu versichernden Person: Jahre

Tarifbezeichn.	Versionsnr.	monatl. Berufsunfähigkeitsrente EUR	Beitragszahlungs- und Versicherungsdauer bis Endalter	Leistungsdauer bis Endalter	Vertraglicher Beitrag EUR bei Zahlungsweise <input type="checkbox"/> 1/12 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/1	Durch Überschussbeteiligung ermäßigter Beitrag zzt. EUR
L 0 1		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung mindestens zu 50 % (Grad der Berufsunfähigkeit) berufsunfähig, wird die versicherte Berufsunfähigkeitsrente ab Ende der Karenzzeit, solange die versicherte Person lebt, monatlich im Voraus gezahlt, längstens bis zum Ende der Leistungsdauer.
 Der Begriff der Berufsunfähigkeit ergibt sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung, deren Bestimmungen im Zusammenhang mit der vereinbarten Karenzzeit auch für den Zeitpunkt der Leistungspflicht maßgebend sind.
 Bei Vereinbarung einer abweichenden Karenzzeit entsteht der Anspruch auf die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erst mit dem Ablauf des Monats, in dem die Karenzzeit endet, sofern die Berufsunfähigkeit während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Wir erbringen Leistungen nur für die Zeit nach dem Ende der Karenzzeit. Während der Karenzzeit müssen keine Beiträge mehr entrichtet werden. Als Karenzzeit gilt der vereinbarte Zeitraum in Kalendermonaten vom Ende des Monats an, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung.

Falls nichts anderes angekreuzt wird, gilt: Karenzzeit 0 Monate.

Abweichende Vereinbarung: Karenzzeit 6 Monate 12 Monate 24 Monate

LV99960000061400

E **Verlängerungsoption für 10 % Mehrbeitrag (max. Eintrittsalter 30, max. Versicherungsdauer bis Endalter 35)**
Sofern angekreuzt und sofern möglich gilt:
Solange der Versicherungsfall nicht eingetreten ist, kann die Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zum Ablauf der Leistungsdauer – maximal jedoch bis zum für den versicherten Beruf zulässigen Endalter – verlängert werden.
Die Verlängerungsoption kann bis ein Jahr vor Ablauf der Versicherungsdauer durch schriftlichen Antrag des Versicherungsnehmers auf Neuabschluss einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung ausgeübt werden.
Dieser Neuabschluss erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Willenserklärung auf Basis der dann gültigen Rechnungsgrundlagen der für den Neuzugang offenen Tarife.
In aller Regel erhöhen sich hierdurch Ihre Gesamtbeiträge. Die Berufsunfähigkeitsrente mit abgekürzter Versicherungsdauer erlischt zu diesem Zeitpunkt.
Überschussverwendungsform: Sofern nichts anderes angekreuzt, gilt die Beitragsverrechnung.
Fondsanlage im folgenden Fonds (nur eine Auswahl ist möglich):*)
 Templeton Growth Fund ISIN: LU0114760746 Fidelity European Fund ISIN: LU0238202427 DWS Select-Invest ISIN: DE0008476565

*) **Mir ist bekannt, dass bei der Anlage der Überschussanteile in Fonds das Kapitalanlageerisiko bezüglich der Überschussanteile von mir getragen wird. Die garantierten Werte sind hiervon nicht betroffen.**
Erläuternde Informationen zu den drei genannten Fonds habe ich erhalten.

Erwerbsunfähigkeitsversicherung
Es gelten die Allgemeinen Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsbeginn	Tarifbezeichnung	Versionsnr.	Versicherungssumme EUR	Eintrittsalter Jahre	Beitragszahlungs- und Versicherungsdauer bis Endalter	Vertraglicher Beitrag EUR bei Zahlungsweise
0 1 2 0	1 0 1					<input type="checkbox"/> 1/12 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/1

F Besondere Voraussetzungen (z. B. über Hypothekenbeschaffung)?
 Der Antrag gilt nur, wenn die besonderen Voraussetzungen zu Stande kommen oder keine genannt sind.

G Laufende Anpassung des Versicherungsschutzes
Beitrag und Versicherungsleistungen erhöhen sich jährlich gemäß den „Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung“.

Für die Berufsunfähigkeitsversicherung
Falls nichts anderes angekreuzt wird, gilt: Erhöhung des Beitrages jährlich um 6 %.
 Erhöhung der Rente um 1 % der Anfangsrente
 Erhöhung der Rente um 3 % der Anfangsrente
 ohne Erhöhung

Für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung
Falls nichts anderes angekreuzt wird, gilt: Erhöhung des Beitrages jährlich um 6 %.
 ohne Erhöhung

Wichtige Hinweise zur laufenden Anpassung finden Sie auf Seite 5.

H Kollektiv(rahmen)vertrag
Der Antragsteller tritt dem Versorgungswerk bei.
Alternativ bestätigt der Antragsteller, dass die Firma, für die er, sein Ehegatte oder seine unterhaltspflichtigen Eltern als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber tätig sind, dem Versorgungswerk bereits beigetreten ist. Er bestätigt, dass die Voraussetzungen des jeweiligen Kollektiv(rahmen)vertrages erfüllt sind.
Der Verband bzw. das Versorgungswerk wird hiermit bevollmächtigt, gemäß den Bestimmungen des Kollektiv(rahmen)vertrages alle das Versicherungsverhältnis betreffenden Willenserklärungen rechtswirksam abzugeben und von der INTER Lebensversicherung aG entgegenzunehmen.
Bei Verträgen im Rahmen des Versorgungswerkes des Handwerks im Bezirk der Handwerkskammer Berlin e.V. tritt der Arbeitgeber für seinen eigenen Vertrag die Überschussanteile in Höhe des jährlich von der Mitgliederversammlung des Versorgungswerkes zu beschließenden Vmhundertstesatzes an das Versorgungswerk zur Deckung seiner mit der Verwaltung des Kollektiv(rahmen)vertrages entstehenden Kosten ab.
Die Bezugsberechtigung wird insoweit eingeschränkt.
Zur Deckung der Verwaltungskosten der anderen Versorgungswerke wird der in der Beitragsordnung festgelegte Mitgliedsbeitrag erhoben. Er beträgt im Allgemeinen 1% des monatlich zu zahlenden Versicherungsbeitrages, mindestens 0,50 EUR, höchstens jedoch 1,50 EUR, monatlich pro Vertrag.
Für die Mitgliedschaft in Verbänden ist der Antrag auf Mitgliedschaft des jeweiligen Verbandes beizufügen.

I Angaben des Antragstellers nach dem Geldwäschegesetz
Ich handle für eigene Rechnung.
Sofern ich nicht auf eigene Rechnung handle, gebe ich hier an, für wessen Rechnung ich handle: Zuname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift

Die folgende Identifizierung ist vorzunehmen, sofern die Beiträge **nicht** im Lastschriftverfahren von einem Konto des Versicherungsnehmers innerhalb Deutschlands eingezogen werden.
Der Antragsteller (bei juristischen Personen: der für den Antragsteller Handelnde – Zuname, Vorname, abweichender Geburtsname, Geburtsort, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, vollständige Anschrift angeben)

hat sich ausgewiesen durch: gültigen Personalausweis gültigen Reisepass.

Nummer ausstellende Behörde, ggf. Staat Geburtsort

J Gesundheitsfragen (Prädiktive Gentests müssen hier nicht angegeben werden – vgl. „Wichtige Erklärungen und Hinweise“)
Wir nennen Ihnen zu einzelnen Fragebereichen Beispiele, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Die Beispiele umfassen dabei nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem jeweiligen Antwortbereich.
Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Allein auf diesem Wege erreichen Sie einen individuell auf Sie abgestellten und wirksamen Versicherungsschutz.
Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden. Wir möchten dies gerne vermeiden, müssten aber bei Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht im Interesse der anderen Versicherten von rechtlichen Maßnahmen wie z.B. Rücktritt vom Vertrag oder Anfechtung des Vertrages oder auch Verweigerung der beantragten Leistung Gebrauch machen. Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem für Sie dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei.

Bevor Sie die Gesundheitsfragen beantworten, lesen Sie bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“.

A) Gesundheitsfragen

1. Ihre Körpergröße: cm – Ihr Körpergewicht: kg

2. Beziehen Sie Rente aus gesundheitlichen Gründen? Weshalb? ja nein

3. Liegen zum jetzigen Zeitpunkt oder lagen innerhalb der letzten 4 Wochen gesundheitliche Beschwerden, Krankheiten oder allgemein chronische Leiden vor? Welche? ja nein

4. Wurden in den letzten 12 Monaten aus krankheitsbedingten Gründen Medikamente verordnet? Welche? Weshalb? ja nein

5. a) Liegt eine Fehlsichtigkeit von mehr als 6,75 Dioptrien vor? Falls ja bitte Dioptrien vollständig angeben. rechts links
b) Bestehen andere Augenerkrankungen (z. B. grauer oder grüner Star) oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine sonstige Sehstörung? Welche? ja nein

6. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen – auch Kontrolluntersuchungen aufgrund von Vorerkrankungen – bei Ärzten oder sonstigen Behandlern statt oder sind solche für die nächsten 2 Jahre ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Weshalb? Wann? ja nein

7. Bestehen noch oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten oder Beschwerden
a) des Herzens oder des Kreislaufs (auch z. B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Venenentzündung, Krampfadern, Thrombose)? ja nein
b) der Atmungsorgane (auch z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma)? ja nein

LV99960000061400

- J**
- c) der Verdauungsorgane (auch z. B. Magen, Darm, Galle, Steine, Bauchspeicheldrüse, Leber, Entzündungen, Geschwüre, Vergrößerung)? ja nein
- d) der Harn- oder Geschlechtsorgane (auch z. B. Nieren, Blase, Steine, Unterleib, Brust)? ja nein
- e) des Stoffwechsels (auch z. B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen)? ja nein
- f) Blut- oder Tumorerkrankungen (auch z. B. Krebs)? ja nein
- g) entzündliche Gelenk- oder Bindegewebserkrankungen (auch z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew)? ja nein
- h) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (auch z. B. Tuberkulose, Malaria)? ja nein
- i) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems, (auch z. B. Depressionen, Essstörungen, Selbsttötungsversuch, Multiple Sklerose, Krämpfe, Lähmungen)? ja nein
8. Sind Sie noch oder waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen Rückenbeschwerden (auch z. B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall) in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung? ja nein
9. Haben Sie noch oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Beschwerden mit den Kniegelenken (auch z. B. Meniskus, Bänderverletzung), Hüftgelenken, Schultern oder anderen Stellen im Bewegungsapparat? ja nein
10. Haben Sie noch oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle, Knochenbrüche oder Vergiftungen? ja nein
11. Leiden Sie noch oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an einer Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis oder sonstigen Hauterkrankungen? ja nein
12. Konnten Sie in den letzten 5 Jahren mindestens 2 Wochen durchgehend Ihre berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht ausüben? ja nein
13. Besteht noch oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder ein Grad der Behinderung? Weshalb? ja nein
14. Nehmen Sie noch oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, Betäubungs-, Rauschmittel oder werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuß beraten oder behandelt? ja nein
15. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Militärkrankenhaus-, Heilstätten-, Rehabilitations-/ Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche für die nächsten 2 Jahre ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Weshalb? Wann? ja nein
16. Haben Sie noch oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Hörstörung oder Ohrensausen (auch z.B. Tinnitus)? ja nein
17. Sind Sie noch oder waren Sie in den letzten 10 Jahren in psychotherapeutischer Behandlung? Weshalb? Wann? ja nein
18. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? ja nein

B) Fragen zur beruflichen Situation, zu besonderen Gefahren und zur Versorgungssituation

19. Beschreibung der derzeitigen beruflichen Tätigkeit
20. Welche Gefahren bestehen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit (auch z.B. Umgang mit gesundheitsschädlichen Substanzen, Aufenthalte in Ländern außerhalb der Europäischen Union)? Bitte hier angeben und die entsprechende Zusatzklärung verwenden. keine
21. Welche Sportarten und sportliche Freizeitbeschäftigung üben Sie aus? Bitte hier angeben und die entsprechende Zusatzklärung verwenden. keine
22. Ist in absehbarer Zeit ein Berufswechsel zu erwarten? Wenn ja, künftige Tätigkeit (bei Schülern und Studenten Berufsziel). nein
23. Bestand in den letzten fünf Jahren oder besteht für Sie schon eine (Zusatz-)Versicherung oder sonstige Ansprüche oder erwartete Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität oder ist eine solche beantragt oder gekündigt? ja nein
Wenn ja, welche Art, bei welchem Versicherer, bis wann und in welcher Höhe monatlich? mtl. EUR

C) Fragen bei Berufsunfähigkeitsrenten über 1.500,00 EUR monatlich oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen über 100.000,00 EUR (gegenseitige Anrechnung) – einschließlich Renten bei anderen Unternehmen

24. Welche Berufe/Tätigkeiten haben Sie in den letzten 5 Jahren ausgeübt?
25. Wie hoch ist Ihr jährliches Arbeitseinkommen brutto? EUR
26. Beabsichtigen Sie – abgesehen von bis zu 4 Wochen Urlaub – einen Auslandsaufenthalt außerhalb der Europäischen Union? Bitte hier angeben und die entsprechende Zusatzklärung verwenden. ja nein

Erläuterung zu den Fragen (Beschwerden, Krankheiten, Medikamente, Behandlungszeiträume, Namen und Anschriften der Ärzte und Krankenhäuser)

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

D) Vollständigkeit der Angaben (Immer zu beantworten)

27. Haben Sie zur Beantwortung der Fragen ein Beiblatt mit individuellen Angaben oder eine Zusatzklärung verwendet oder werden Sie zur Beantwortung der Fragen ein Beiblatt oder eine Zusatzklärung nachreichen? Falls ja, unterschreiben Sie bitte jede einzelne Seite und tragen Sie hier die gesamte Anzahl der einzelnen Seiten ein: ja nein

Die abzuschließenden Versicherungen sind verschiedene, rechtlich selbstständige Versicherungsverträge. Lesen Sie bitte die auf Seite 5 abgedruckten wichtigen Erklärungen und Hinweise „Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz und Schweigepflichtentbindungserklärung; Hinweise“. Diese Erklärungen und Hinweise sind wichtiger Bestandteil der Anträge. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns die erforderlichen Einwilligungen.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an INTER Lebensversicherung aG, Erzbergerstr. 9-15 in 68165 Mannheim oder Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0621 427-944.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren.

Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Ich bestätige als Vermittler, dass außer den hier gemachten Angaben mir gegenüber weder mündlich noch schriftlich weitere Erklärungen abgegeben wurden. Die Unterschriften wurden von den jeweiligen Personen gelätigt.

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Vermittlers (zwingend erforderlich)

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Unterschrift der zu versichernden Person, wenn mit Antragsteller nicht identisch

Dieser Antrag umfasst 5 Seiten. Diese habe ich zur Kenntnis genommen, insbesondere „Wichtige Erklärungen und Hinweise“.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Unterschrift der zu versichernden Person, wenn mit Antragsteller nicht identisch

Wichtige Erklärungen und Hinweise

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der INTER Versicherungen meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Schweigepflichtentbindung

Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich hiermit von ihrer Schweigepflicht – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in dem anzeigepflichtigen Zeitraum, also längstens 10 Jahre vor Antragstellung, untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

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 wurde, gilt diese Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Darüber hinaus befreie ich zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht von ihrer Schweigepflicht – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Vor jedem Einholen von Auskünften werde ich vom Versicherer unterrichtet, wobei ich der konkret beabsichtigten Erhebung widersprechen kann.

Für die in den vorgelegten Unterlagen aufgeführten Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden erteile ich bereits mit meiner Unterschrift bzw. mit der Vorlage der Unterlagen die Einwilligung zu einer dortigen Erhebung; einer gesonderten Unterrichtung bedarf es in diesen Fällen nicht.

Ich habe statt der vorstehenden allgemeinen Schweigepflichtentbindung die Möglichkeit, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich zu erklären, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Stellen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Antragsannahme oder der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung wird die INTER im Einzelfall eine angemessene Kostenbeteiligung in Höhe von 10 EUR verlangen.

Sofern ich jetzt oder zu jedem späteren Zeitpunkt diese Alternative wählen möchte, werde ich dies schriftlich erklären.

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

Hinweise zur laufenden Anpassung

Dynamik Berufsunfähigkeitsversicherung

Die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen entfällt, sobald entweder

– durch die Erhöhung eine für den Fall der Berufsunfähigkeit versicherte Jahresrente von 36.000,00 EUR aus allen für die versicherte Person bei der INTER bestehenden Versicherungen insgesamt überschritten werden würde;

oder

– durch die Erhöhung die dann versicherte Berufsunfähigkeitsrente mehr als doppelt so groß wäre als die anfänglich versicherte Berufsunfähigkeitsrente;

oder

– die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter von 46 Jahren erreicht hat.

Dynamik Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen entfällt, sobald entweder

– durch die Erhöhung eine für den Fall der Erwerbsunfähigkeit versicherte Summe von 250.000,00 EUR aus allen für die versicherte Person bei der INTER bestehenden Versicherungen insgesamt überschritten werden würde;

oder

– durch die Erhöhung die dann versicherte Summe mehr als doppelt so groß wäre als die anfänglich versicherte Summe;

oder

– die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter von 46 Jahren erreicht hat.

Prädiktive Gentest

Wir haben uns 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 EUR bzw. einer Jahresrente von 30.000 EUR offengelegt werden. Unter einem "prädiktiven Gentest" verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.