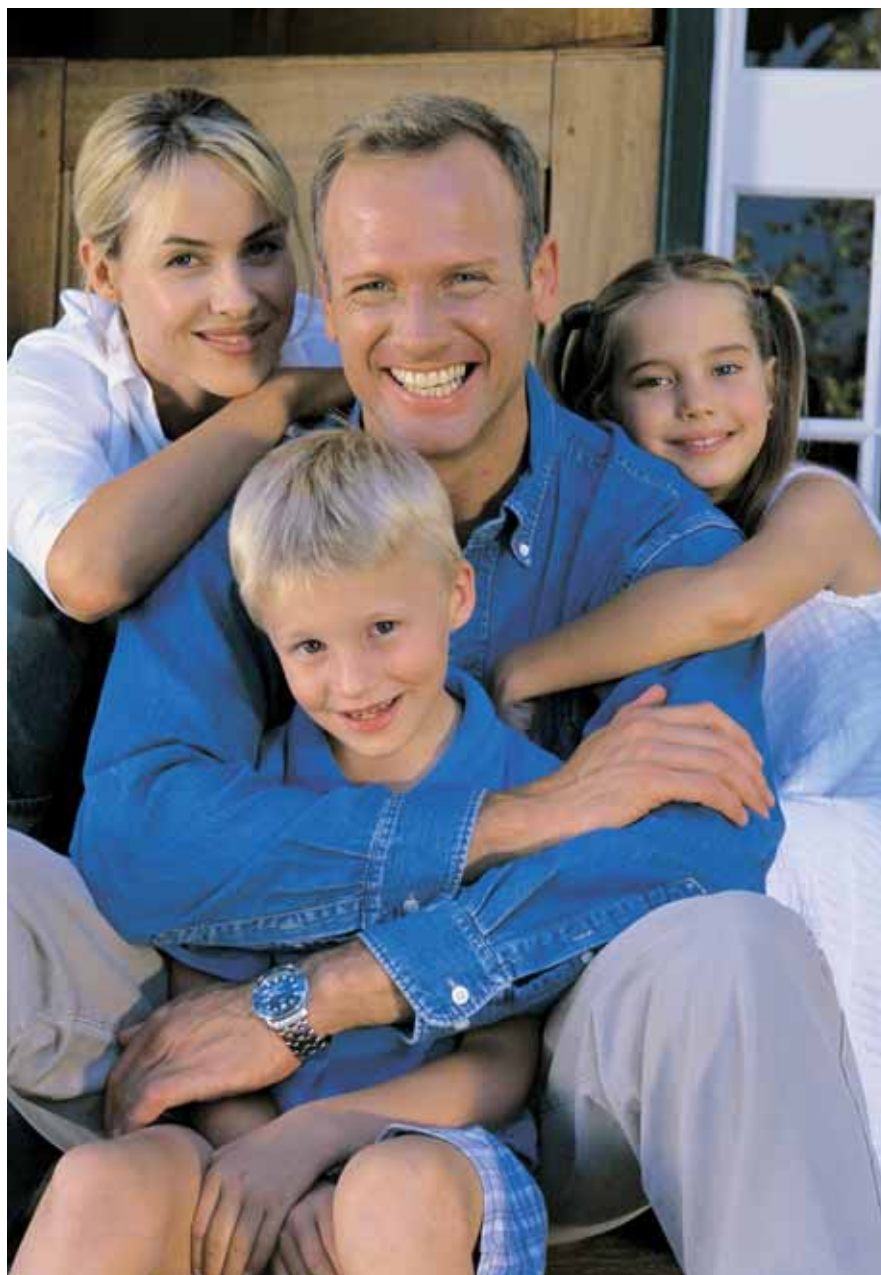


Antrag auf
Absicherung der Arbeitskraft



Risikoversorge

Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die 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 der VOLKS-WOHL BUND Lebensversicherung a. G. Südwall 37 – 41, 44137 Dortmund 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 die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass 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.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Sie haben einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, 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. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung 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 müssen wir die Umstände angeben, 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.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung 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 beträgt 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 die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Bitte dieses Feld nicht beschriften

Bitte dieses Feld nicht beschriften

Bitte dieses Feld nicht beschriften

--	--	--

Antragsteller/-in (Versicherungsnehmer)

männlich weiblich Firma Titel

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

Beruf Telefon E-Mail

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

männlich weiblich Titel

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

Beruf Telefon E-Mail

Bitte lesen Sie vor Antragstellung die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zu dem jeweils hier beantragten Versicherungsschutz, die Allgemeinen Angaben über die steuerlichen Aspekte Ihrer Versorgung (Steuer1.0107) und die Informationen zur Fondsauswahl (FD.allg.0108).

Antrag auf

abweichend Anfrage* auf

- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung**
 - Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung BED.SBU.0108
 - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0108 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
 - Besondere Bedingungen für die Überschussysteme Fondsansammlung und Fondsbonus BED.FA.0108 (falls Fondsanlage beantragt)
- Selbstständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung**
 - Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Erwerbsunfähigkeits-Versicherung BED.SEU.0108
 - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0108 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
 - Besondere Bedingungen für die Überschussysteme Fondsansammlung und Fondsbonus BED.FA.0108 (falls beantragt)
- Selbstständige temporäre Berufsunfähigkeitsversicherung**
 - Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige temporäre Berufsunfähigkeit-Versicherung BED.STBU.0108
 - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0108 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
 - Besondere Bedingungen für die Überschussysteme Fondsansammlung und Fondsbonus BED.FA.0108 (falls Fondsanlage beantragt)
- Selbstständige Unfall-Erwerbsunfähigkeitsversicherung**
 - Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Unfall-Erwerbsunfähigkeits-Versicherung BED.SUEU.0108
 - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0108 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
 - Besondere Bedingungen für die Überschussysteme Fondsansammlung und Fondsbonus BED.FA.0108 (falls Fondsanlage beantragt)

***Wie kommt Ihr Vertrag bei einer Anfrage zustande?**

Mit dieser Anfrage fordern Sie ein Angebot der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G. an. Damit wir Ihnen ein verbindliches Angebot erstellen können, füllen Sie bitte auch als Anfragender (im Formular als „Antragsteller“ bezeichnet) sämtliche für Ihren gewünschten Versicherungsschutz erforderlichen Felder aus. Auf Grundlage dieser von Ihnen gemachten Angaben senden wir Ihnen ein verbindliches Angebot zu. Unserem Angebot fügen wir eine entsprechende Annahmeerklärung bei. Durch Unterzeichnung der unveränderten Annahmeerklärung und Eingang dieser bei uns, können Sie unser Angebot annehmen (Zustandekommen des Versicherungsvertrags). Ihre Angaben in dieser Anfrage machen Sie durch Ihre Annahmeerklärung zum Inhalt des Versicherungsvertrags.

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsbeginn	<input type="text" value="01."/> . <input type="text" value="20"/>	Tarif	<input type="text" value=""/> / SBU
Versicherungsdauer	<input type="text"/> Jahre <input type="text"/> Monate	Beitragszahlungsdauer (falls abgekürzt)	<input type="text"/> Jahre
Rentenleistungsdauer (falls länger als Versicherungsdauer)	<input type="text"/> Jahre <input type="text"/> Monate		
anfängliche Monatsrente	<input type="text"/> EUR		
Karenzzeit in Monaten (6-12)	<input type="text"/>	garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall	<input type="text"/> (1,0 - 3,0%)
Es gilt die Staffel I (volle Leistung ab 50% Berufsunfähigkeit),		<input type="checkbox"/> abweichend soll Staffel II (25/75) gelten.	
Nachversicherungsgarantie bis zur Monatsrente	<input type="text"/> EUR		
Überschussverwendung	Sofortrabatt, abweichend <input type="checkbox"/> Bonusrente <input type="checkbox"/> Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fondsansammlung (Bitte geben Sie die Fondsanlage an.)	
Fondsanlage (mindestens 20 % je Fonds) Die Fondsauswahl und Kennziffern finden Sie in den "Informationen zur Fondsauswahl".			
<input type="text"/> %	Kennziffer <input type="text"/>	Fondsname <input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Planmäßige Erhöhung	Es wird eine planmäßige Erhöhung der BU-Versicherungsleistungen vereinbart. Grundlage ist der Verbraucherpreisindex für Deutschland (mind. 2,5%).		<input type="checkbox"/> keine Erhöhung gewünscht
Aufbauphase	Ziel Monatsrente <input type="text"/> EUR	Anzahl der Erhöhungen <input type="text"/>	Beginn der Erhöhungen nach dem ersten Jahr, abweichend nach <input type="text"/> Jahren.
Bezugsberechtigung (gilt nicht für betriebliche Direktversicherung und Gehaltsumwandlungen)			
Im Erlebensfall	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/> <input type="text"/>		
Im Todesfall	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/> <input type="text"/>		
Besondere Vereinbarungen für Direktversicherungen mit Anwendung des § 3 Nr. 63 EStG			
<input type="checkbox"/> Finanzierung durch Arbeitgeber Für den Todes- und Erlebensfall ist unwiderruflich mit (<input type="checkbox"/> ohne) Vorbehalt die versicherte Person begünstigt. Bei unwiderruflichem Bezugsrecht mit Vorbehalt stimmt der Arbeitnehmer einer Beleihung oder Abtretung der Versicherungsansprüche durch den Arbeitgeber zu.			
<input type="checkbox"/> Finanzierung durch Arbeitnehmer (Entgeltumwandlung) <input type="checkbox"/> Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Mischfinanzierung) Für den Todes- und Erlebensfall ist unwiderruflich ohne Vorbehalt die versicherte Person begünstigt.			
Für den Todesfall ist widerruflich empfangsberechtigt: Der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner. Alternativ: <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> früherer Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährte <input type="checkbox"/> andere Person (nur geringes Sterbegeld möglich)			
Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
PLZ, Ort, Straße	<input type="text"/>	Unterschrift des Lebensgefährten	<input type="text"/>
Die Kündigungsausschlussklausel gilt als vereinbart. Bei Vereinbarung von Todesfallleistungen gilt ebenfalls die Hinterbliebenenklausel als vereinbart.			
Besondere Vereinbarungen	<input type="text"/>		
Bitte beantworten Sie die „Angaben der zu versichernden Person“ und die „Risikofragen für die Selbstständige Berufsunfähigkeits-, Selbstständige Erwerbsunfähigkeits- und Selbstständige temporäre Berufsunfähigkeitsversicherung“.			

Selbstständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsbeginn	<input type="text" value="01."/> . <input type="text" value="20"/>	Tarif	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value="SEU"/>
Versicherungsdauer	<input type="text"/> Jahre <input type="text"/> Monate	Beitragszahlungsdauer (falls abgekürzt)	<input type="text"/> Jahre
Rentenleistungsdauer (falls länger als Versicherungsdauer)	<input type="text"/> Jahre <input type="text"/> Monate		
anfängliche Monatsrente	<input type="text"/> EUR		
Karenzzeit in Monaten (6-12)	<input type="text"/>	garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall	<input type="text"/> (1,0 - 3,0%)
Nachversicherungsgarantie bis zur Monatsrente	<input type="text"/> EUR		
Überschussverwendung	Sofortrabatt, abweichend <input type="checkbox"/> Bonusrente <input type="checkbox"/> Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fondsansammlung (Bitte geben Sie die Fondsanlage an.)		
Fondsanlage (mindestens 20 % je Fonds)	Die Fondsauswahl und Kennziffern finden Sie in den "Informationen zur Fondsauswahl".		
	Kennziffer	Fondsname	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Planmäßige Erhöhung	Es wird eine planmäßige Erhöhung der EU-Versicherungsleistungen vereinbart. Grundlage ist der Verbraucherpreisindex für Deutschland (mind. 2,5%).		<input type="checkbox"/> keine Erhöhung gewünscht
Aufbauphase	Ziel Monatsrente <input type="text"/> EUR	Anzahl der Erhöhungen <input type="text"/>	Beginn der Erhöhungen nach dem ersten Jahr, abweichend nach <input type="text"/> Jahren.
Bezugsberechtigung			
Im Erlebensfall	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/> <input type="text"/>		
Im Todesfall	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/> <input type="text"/>		
Besondere Vereinbarungen	<input type="text"/>		
Bitte beantworten Sie die „Angaben der zu versichernden Person“ und die „Risikofragen für die Selbstständige Berufsunfähigkeits-, Selbstständige Erwerbsunfähigkeits- und Selbstständige temporäre Berufsunfähigkeitsversicherung“.			

Selbstständige temporäre Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsbeginn	<input type="text" value="01."/> . <input type="text" value="20"/>	Tarif	<input type="text" value="/ STBU"/>
Versicherungsdauer	<input type="text"/> Jahre <input type="text"/> Monate	Beitragszahlungsdauer (falls abgekürzt)	<input type="text"/> Jahre
Rentenleistungsdauer (falls länger als Versicherungsdauer)	<input type="text"/> Jahre <input type="text"/> Monate		
anfängliche Monatsrente	<input type="text"/> EUR	BU-Leistungszeitraum (2-5 Jahre)	<input type="text"/> Jahre
Nachversicherungsgarantie bis zur Monatsrente	<input type="text"/> EUR		
Überschussverwendung	Sofortrabbatt, abweichend <input type="checkbox"/> Bonusrente <input type="checkbox"/> Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fondsansammlung (Bitte geben Sie die Fondsanlage an.)		
Fondsanlage (mindestens 20 % je Fonds)	Die Fondsauswahl und Kennziffern finden Sie in den "Informationen zur Fondsauswahl".		
	Kennziffer	Fondsname	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Planmäßige Erhöhung	Es wird eine planmäßige Erhöhung der BU-Versicherungsleistungen vereinbart. Grundlage ist der Verbraucherpreisindex für Deutschland (mind. 2,5%).	<input type="checkbox"/> keine Erhöhung gewünscht	
Aufbauphase	Ziel Monatsrente <input type="text"/> EUR	Anzahl der Erhöhungen <input type="text"/>	Beginn der Erhöhungen nach dem ersten Jahr, abweichend nach <input type="text"/> Jahren.
Bezugsberechtigung			
Im Erlebensfall	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/> <input type="text"/>		
Im Todesfall	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/> <input type="text"/>		
Besondere Vereinbarungen	<input type="text"/>		

Bitte beantworten Sie die „Angaben der zu versichernden Person“ und die „Risikofragen für die Selbstständige Berufsunfähigkeits-, Selbstständige Erwerbsunfähigkeits- und Selbstständige temporäre Berufsunfähigkeitsversicherung“.

Selbstständige Unfall-Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsbeginn	01. . 20	Tarif	/ SUEU
Versicherungsdauer	Jahre Monate	Beitragszahlungsdauer (falls abgekürzt)	Jahre
Rentenleistungsdauer (falls länger als Versicherungsdauer)	Jahre Monate		
anfängliche Monatsrente	EUR	garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall	(1,0 - 3,0%)
Überschussverwendung	Sofortrabatt, abweichend	<input type="checkbox"/> Bonusrente	<input type="checkbox"/> Verzinsliche Ansammlung
		<input type="checkbox"/> Fondsansammlung (Bitte geben Sie die Fondsanlage an.)	
Fondsanlage (mindestens 20 % je Fonds) Die Fondsauswahl und Kennziffern finden Sie in den "Informationen zur Fondsauswahl".			
	Kennziffer	Fondsname	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Planmäßige Erhöhung	Es wird eine planmäßige Erhöhung der EU-Versicherungsleistungen vereinbart. Grundlage ist der Verbraucherpreisindex für Deutschland (mind. 2,5%).		<input type="checkbox"/> keine Erhöhung gewünscht
Bezugsberechtigung	Der Versicherungsnehmer		
Im Erlebensfall	Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>		
Im Todesfall	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>		
Besondere Vereinbarungen	<input type="text"/>		
Bitte beantworten Sie die „Angaben der zu versichernden Person“ und die „Risikofragen für die Selbstständige Unfall-Erwerbsunfähigkeitsversicherung“.			

Angaben der zu versichernden Person

Bitte beachten Sie die „Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Welchen beruflichen Abschluss oder akademischen Grad besitzen Sie? (z.B. Bürokaufmann/frau, Maurer/in, Kfz-Meister/in, Bachelor of Science)

Keinen

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (sofern Student/-in: Welcher Beruf wird angestrebt)?

In dieser Tätigkeit seit (Monat/Jahr)

Nennen Sie uns bitte Ihren Arbeitgeber und die Branche

Jährliches Nettoeinkommen aus dieser Tätigkeit

EUR

- Angestellte/r Auszubildende/r Soldat/in Schüler/in, Hausmann/frau Beamte/r, mit aktueller Besoldungsgruppe:
- Student/in mit abgeschlossenem Vordiplom oder Bachelor Student/in ohne abgeschlossenes Vordiplom oder abgeschlossenem Bachelor Selbstständige/r bzw. Freiberufler/in, seit wann?

Sofern Sie nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union sind

Arbeitsvertrag ist unbefristet

befristet bis

Prozentuale Aufteilung der Tätigkeiten

(Diese Angaben sind freiwillig, sofern Sie nicht zur Berechnung des zu zahlenden Beitrages benötigt werden. Sie können bei freiwilliger Angabe zu einer Erhöhung oder Reduzierung des zu zahlenden Beitrages führen.)

- Schreibtischtätigkeit in Büro, Praxis oder Kanzlei %
- sonstige sitzende Tätigkeit (z.B. im Auto, an Maschine, Kasse) %
- Tätigkeiten mit erhöhter körperlicher Belastung oder Unfallgefährdung (Heben von Lasten, kniende oder Über-Kopf-Tätigkeiten, Arbeiten in Fußhöhen ab 2 Metern) %

Risikofragen zur selbstständigen Unfall-Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Angaben der zu versichernden Person

1. Beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente oder Pension oder sind Sie aus gesundheitlichen Gründen anerkannt erwerbsgemindert (MdE) oder schwerbehindert (GdB)? ja nein

Falls „ja“, bitte nähere Angaben:

2. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten ärztlich oder therapeutisch beraten, untersucht oder behandelt wegen:
- | | | |
|--|--------------------------|----|
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | ja |
| insulinpflichtigem Diabetes | <input type="checkbox"/> | |
| Lähmungen, Neuropathien | <input type="checkbox"/> | |
| Gleichgewichtsstörungen | <input type="checkbox"/> | |
| Parkinson-Erkrankung | <input type="checkbox"/> | |
| Multiple-Sklerose (MS) | <input type="checkbox"/> | |
| Osteoporose, Osteomalazie, Glasknochenkrankheit | <input type="checkbox"/> | |
| Polyarthrit | <input type="checkbox"/> | |
| einer festgestellten HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) | <input type="checkbox"/> | |
- Falls „ja“, kreuzen Sie bitte die zutreffenden Kästchen an nein

3. Üben Sie in Ihrer Freizeit ein **Hobby** mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z.B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus? ja nein

Falls „ja“, welche: (Bitte ggf. Fragebogen beifügen)

4. Planen Sie für die nächsten 2 Jahre einen Aufenthalt von mehr als 3 Monaten außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA? (Falls „ja“, bitte Fragebogen für Auslandsaufenthalte beifügen) ja nein

5. Bestehen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, ergänzend zu eventuellen Ansprüchen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Beamtenversorgung, weitere private oder betriebliche Absicherungen oder sind solche beantragt? (Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft/en oder den/die Versorgungsträger und die jeweils vereinbarte jährliche Rentenleistung) ja nein

		BU-/EU-Jahresrente
Private Absicherung:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betriebliche Versorgung:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versorgungswerke:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Risikofragen zur Selbstständigen Berufsunfähigkeits-, Selbstständigen Erwerbsunfähigkeits- und Selbstständigen temporären Berufsunfähigkeitsversicherung

Angaben der zu versichernden Person

Bitte beachten Sie die „Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

1. Nennen Sie uns bitte Ihre **Körpergröße** und Ihr **Gewicht** cm/kg

2. Wurden Sie **in den letzten 10 Jahren** operiert (auch ambulant) oder stationär oder psychotherapeutisch behandelt? ja nein
(Falls „ja“, machen Sie bitte bei Frage 6 weitergehende Angaben)

3. Wurden Sie **in den letzten 5 Jahren** ärztlich oder therapeutisch beraten, untersucht oder behandelt wegen Erkrankungen oder Beschwerden hinsichtlich:

A) Herz (z. B. Rhythmusstörungen), Kreislauf (z. B. erhöhter Blutdruck), Blut (z. B. Anämie), Gefäße (z. B. Krampfadern, Verkalkungen)	ja	
B) Stoffwechsel (z. B. Gicht, Diabetes), Nieren- und Harnwege (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin, Harnwegsentzündung)	<input type="checkbox"/>	
C) Verdauungstrakt (z. B. Gastritis, Morbus Crohn), anderer Bauchorgane (z. B. Pankreatitis, erhöhte Leberwerte)	<input type="checkbox"/>	
D) Gehirn (z. B. Migräne, Alzheimer), Nerven (z. B. Multiple Sklerose), Psyche (z. B. Depressionen, Ängste, Essstörungen)	<input type="checkbox"/>	
E) Wirbelsäule (z. B. Hexenschuss), Knochen (z. B. Brüche), Gelenke (z. B. Meniskusschaden), Muskeln (z. B. Verspannungen)	<input type="checkbox"/>	
F) Allergien (z. B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelunverträglichkeit), Atmungsapparat (z. B. Asthma bronchiale)	<input type="checkbox"/>	
G) Augen (z. B. grauer Star), Ohren (z. B. Tinnitus), Haut (z. B. Schuppenflechte, Neurodermitis), Drüsen (z. B. Lymphome)	<input type="checkbox"/>	
H) Krebs, Tumore oder Gewebsneubildungen (z. B. Karzinom, Melanom, Myom)	<input type="checkbox"/>	
I) Autoimmunerkrankungen (z. B. Lupus erythematoses, Morbus-Bechterew, Polyarthritits)	<input type="checkbox"/>	
J) Verletzungen (z. B. Unfälle), Vergiftungen, Infektionen (z. B. Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	
K) Alkohol- oder Drogenkonsum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein

(Falls „ja“, kreuzen Sie bitte die zutreffenden Zeilen an und machen Sie bitte bei Frage 6 weitergehende Angaben)

4. Nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** mit oder ohne ärztliche Verordnung ja

A) mehr als 30 Tage lang täglich ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)	<input type="checkbox"/>	
B) an mehr als 30 Tagen im Jahr ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)	<input type="checkbox"/>	
C) Drogen (z.B. Cannabis, Ecstasy, Heroin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein

(Falls „ja“, kreuzen Sie bitte die zutreffenden Zeilen an und machen Sie bitte bei Frage 6 weitergehende Angaben)

5. Wurde bei Ihnen eine **HIV-Infektion** festgestellt (positiver AIDS-Test)? ja nein

6. Welcher Arzt, Heilbehandler oder Therapeut kann zu den von Ihnen mit „ja“ beantworteten Gesundheitsfragen nähere Angaben machen. Sofern für Ihre Angaben nicht genügend Platz vorhanden ist, verwenden Sie bitte für Ihre Angaben ein Zusatzblatt (Vordruck s. Anlage).

Zu Frage (z.B. 3A)	Art der Krankheit, Beschwerden, Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation?	Wann?	Wie lange?	Heutige Folgen?	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Heilbehandler, Therapeuten, Krankenhäuser, Heilstätten?

7. Nennen Sie uns bitte Namen und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes, der über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichtet ist (sofern vorhanden):

8. Üben Sie in Ihrer Freizeit ein **Hobby** mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z.B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus? ja nein
Falls „ja“, welche: (Bitte ggf. Fragebogen beifügen)

9. Planen Sie **für die nächsten 2 Jahre** einen Aufenthalt von mehr als 3 Monaten außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA? (Falls „ja“, bitte Fragebogen für Auslandsaufenthalte beifügen) ja nein

10. Wurden **in den letzten 5 Jahren** Anträge auf Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Pflegeversicherung nur zu erschwerten Bedingungen angenommen (z.B. mit Ausschlussklausel, Zuschlag), zurückgestellt oder abgelehnt? ja nein
Falls „ja“, bitte Gesellschaft angeben:

11. Besteht eine **Kurz- oder Weitsichtigkeit** von mehr als 5 Dioptrien? ja nein
(Falls „ja“, bitte die betreffende Dioptrienzahl angeben) links / rechts

12. Sind Sie dauerhaft körperlich oder geistig beeinträchtigt, ohne diesbezüglich ärztlich oder therapeutisch behandelt zu werden (z.B. angeborene Behinderungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen, Schwerhörigkeit)? ja nein
(Falls „ja“, machen Sie bitte bei Frage 6 weitergehende Angaben)

13. Bestehen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, ergänzend zu eventuellen Ansprüchen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Beamtenversorgung, weitere private oder betriebliche Absicherungen oder sind solche beantragt? (Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft/en oder den/die Versorgungsträger und die jeweils vereinbarte jährliche Rentenleistung) ja nein

	BU-/EU-Jahresrente
Private Absicherung: <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Betriebliche Versorgung: <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Versorgungswerke: <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Wenn Sie diesem Antrag zusätzliche Unterlagen bzw. Anlagen beigefügt haben, geben Sie bitte nachfolgend Art und Umfang an.

Zahlungsweise, Gesamtbeitrag, Unterschriften

Zahlungsweise

- monatlich (inkl. 3% Zuschlag) halbjährlich (inkl. 1,5% Zuschlag)
 vierteljährlich (inkl. 2,5% Zuschlag) jährlich

Beitrag für die Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung

	Tarif SBU oder STBU	Tarif SEU	Tarif SUEU
Beitrag gemäß Zahlungsweise	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR
Nettobeitrag nach Rabatt aus der Überschussbeteiligung (nicht garantiert)	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR

Einzugsermächtigung

Ohne Nachweis einer ausdrücklichen Bevollmächtigung sind Vermittler nicht befugt, Beiträge und andere Zahlungen entgegenzunehmen. Die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. wird bei einem Antrag/einer Anfrage widerruflich ermächtigt, die Beiträge von nachstehendem Konto abzurufen. Hiervon wird nur Gebrauch gemacht, wenn der Versicherungsvertrag zustande kommt.

Name des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller

Bank

Bankleitzahl Konto-Nr.

Unterschrift Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller

Identifizierung/Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

Folgende gültige Legitimation des Antragstellers wurde von mir als Vermittler persönlich geprüft

Art/Nr. des Ausweises

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

ausstellende Behörde

Der Versicherungsnehmer handelt nicht auf eigene Rechnung, sondern für Rechnung von:

Vor- und Zuname

Firma, Anschrift

Vorläufiger Versicherungsschutz

Im Rahmen der Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung (BED.VV.0108) gewähren wir ab dem Eingang des Antrags/der Anfrage vorläufigen Versicherungsschutz. Voraussetzung dafür ist aber insbesondere, dass Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen und dass der Versicherungsbeginn nicht mehr als zwei Monate in der Zukunft liegt. Die weiteren Voraussetzungen entnehmen Sie bitte dem § 2 der Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung.

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Kundeninformationen (siehe Druckstück "Unser Vorschlag für Sie") vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags in Textform, d. h. schriftlich oder in anderer lesbarer Form, erhalten habe. Die „Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“ wurden mir ausgehändigt.

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Bitte nehmen Sie die mit diesem Formular ausgehändigten Vertragsinformationen zu Ihren Unterlagen.

Bei einer Entscheidung für das Überschussystem Fondsansammlung fließen die Überschussanteile in die von Ihnen gewählte Fondsanlage. Die Höhe der Gewinnbeteiligung der Versicherung ist auch von der zukünftigen Wertentwicklung der Fondsanteile abhängig. Die Fondsansammlung ermöglicht einen besonderen Wertzuwachs, enthält aber auch das Risiko einer Wertminderung der so angelegten Überschussanteile.

I. Antrag Nach Unterzeichnung dieses Antrags erhalte ich hiervon eine Durchschrift.

II. Anfrage (Sofern „Anfrage“ ausgewählt wurde, gilt abweichend von I.):

Mit dieser Anfrage schließe ich keine Versicherung bei der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. ab, sondern wünsche nur ein Angebot.

Wichtig für Antrag und Anfrage! Beachten Sie bitte die **Schlussklärung des Antragstellers und der versicherten Person** auf der folgenden Seite, die Sie mit Ihrer Unterschrift als verbindlich anerkennen. Die Schlussklärung enthält insbesondere eine **Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten** sowie eine **Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers (Arbeitgeber) ggf. Firmenstempel

Unterschrift des Volljährigen zu Versichernden (falls nicht Antragsteller)

Unterschrift der mitzuversichernden Person

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s (bei Minderjährigen zu Versichernden)

Unterschrift des Vermittlers

Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person gegenüber der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.

Erklärung zum Datenschutz/Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten) 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 der Verträge sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die VOLKSWOHL BUND Versicherungsunternehmen, meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, die aus Anlass der Antragsaufnahme, Vertragsdurchführung und Leistungsabwicklung erhoben werden in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/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.

Unabhängig vom Vertragsschluss und der Vertragsdurchführung und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. bei Vertragsabschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von einer Auskunft (z. B. INFOscore, Creditreform) einholt und nutzt.

Vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung habe ich Kenntnis genommen.

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. personenbezogene Gesundheitsdaten überprüfen kann, die ich im Rahmen meines Versicherungsantrags mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Ärzten ergeben. Zu diesem Zweck ermächtige ich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund, von allen Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden sachdienliche Auskünfte einzuholen.

Die befragten Personen und Stellen entbinde ich hiermit ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht, zugleich ermächtige ich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G., Auskünfte und Unterlagen an andere mit der Angelegenheit befasste Versicherungsunternehmen, beratende oder mit einer Untersuchung beauftragte Ärzte weiterzugeben, um die Bearbeitung zu vereinfachen und zu beschleunigen.

Die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. wird mich vor der Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten darüber unterrichten.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit verlangen kann, dass eine Erhebung der Daten nur erfolgt, wenn ich in die einzelne Erhebung eingewilligt habe.

Prädiktiver Gentest – freiwillige Selbstverpflichtung

Die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. hat sich verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Ein prädiktiver Gentest ist eine vorhersagende Untersuchung des Erbmaterials auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Mir ist bekannt, dass ich aus diesem Grund bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests bei allen Arten von Lebensversicherungen erst ab einer Versicherungssumme von 250.000 Euro oder einer Jahresrente von 30.000 Euro der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. gegenüber offen legen muss. Sämtliche von mir beantragten und bestehenden Versicherungen bei der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. und anderen Lebensversicherern werden bei den genannten Summengrenzen berücksichtigt.

Versichererwechsel

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherer ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Versicherungsunternehmen daher unerwünscht.

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: VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G., Vertrag VBL/Kundendienst, Südwall 37-41, 44137 Dortmund.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231/5433-574.

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. Wir erstatten Ihnen aber einen ggf. vorhandenen Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 VVG. 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.

Betreuer-Informationen		Produktions-BD	HV
Name			
Registrierungsnummer HV		Verwaltungs-BD	Bestand
Infocfeld			

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. · 44137 Dortmund, Südwall 37-41

Vorstand: Dr. Joachim Maas (Vors.), Dieter Vogt, Dr. Ulf-Gerhard Gude, Martin Rohm

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Dieter Vogt · Sitz des Unternehmens: Berlin · Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, HRB 450
 Telefon: 02 31 / 54 33 - 0 · Telefax: 02 31 / 54 33 400 · E-Mail: info@volkswohl-bund.de · Internet: www.volkswohl-bund.de

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekanntgegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der datenverarbeitenden Stelle erforderlich ist und schutzwürdige Belange des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Die Einwilligung zur Datenübermittlung gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeitigen Widerruf. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie bereits oben beschrieben, erfolgen. Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtenbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtenbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag und versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer) und Beitrag, Abrechnung mit Vermittlern, sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Sachverständigen oder eines Arztes. Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit oder die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden.

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und Risikos und des Risikozuschlags, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen bei einigen Fachverbänden zentrale Hinweissysteme. Solche Hinweissysteme gibt es beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. sowie beim Verband der Privaten Krankenversicherung. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit der jeweiligen Datei verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiele:

Allgemeine Haftpflichtversicherung – Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht.
Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Unfallversicherer – Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer gem. § 7 II. Abs. 2a) AUB 61 bzw. § 4 II. Abs. 2 AUB 88, § 4 II. Abs. 3, AUB 95 bzw. Punkt 10.3 AUB 99 / AUB 2003 / AUB 2008 / AUB-HL 2004 / AUB-HL 2007 / AUB-HL 2008 (nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung) zur Risikoprüfung und um Missbrauchshandlungen aufzudecken.

Kfz-Versicherer – Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht. Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Sachversicherer – Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn auf Grund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.
Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Lebensversicherer – Aufnahme von Sonderrisiken, z.B. Ablehnung des

- Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung;

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge;
Zweck: Risikoprüfung.

5. Datenverarbeitung in der Versicherungsgruppe

Zum Schutz der Versicherten werden einzelne Branchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung und andere Finanzdienstleistungen wie Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien) durch rechtlich selbstständige Gesellschaften betrieben. Um dem Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Gesellschaften häufig in Versicherungsgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung.

So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Versicherungsverträge mit verschiedenen Gesellschaften der Gruppe abschließen; und auch ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sog. Partnerdaten (z.B. Namen, Adresse, Kundennummer usw.) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise können eingehende Post, telefonische Anfragen und Geldeingänge korrekt bearbeitet werden. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Gesellschaften verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von »Datenübermittlung«, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind.

Branchenspezifische Daten - wie z.B. Gesundheitsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Gesellschaft.

Unserer Versicherungsgruppe gehören zurzeit folgende Gesellschaften an: VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z.B. Bausparverträge, Kapitalanlagen) auch mit Bausparkassen, Kreditinstituten, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen. Zurzeit kooperieren wir mit:

ALTE LEIPZIGER Bauspar AG,
DSL-Bank Deutsche Siedlungs- und Landesrentenbank - Bank des öffentlichen Rechts.

Metzler Investment GmbH
COMINVEST Asset Management GmbH
Pioneer Investment

Franklin Templeton Investments
ALTE LEIPZIGER Pensionskasse AG

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. Für die Erbringung von Hilfeleistungen im Rahmen der Unfallversicherung arbeiten wir mit der Malteser Hilfsdienst gGmbH zusammen.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie durch unsere Vermittler betreut. Um diese Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhalten die Vermittler von uns die notwendigen versicherungstechnischen Angaben, wie insbesondere Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung werden an die Versicherungsvertreter auch Gesundheitsdaten übermittelt. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.