Antrag auf eine Risikolebensversicherung mit vorläufigem Versicherungsschutz

Vermittlername Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung e.K.

Vermittlernummer

Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung e.K.
Dr. Berndt Schlemann, unabhängiger Finanzberater
Ernastr. 31, D-51069 Köln
Telefon: 0221 68 80 40 | Telefax: 0221 68 80 81
info@schlemann.com | www.schlemann.com

☐ Für die zu versichernde Person besteht bereits eine Lebensversicherung bei der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group

Versicherungsnummer: _____

Persönliche Daten (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!)

Antragsteller ☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma

Titel _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum __ __ . __ __ . __ __ __ __

Geburtsort/-land _____

Staatsangehörigkeit _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ/Ort _____

Beruf _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller) ☐ Herr ☐ Frau

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum __ __ . __ __ . __ __ __ __

Geburtsort/-land _____

Staatsangehörigkeit _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ/Ort _____

Beruf _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Versicherungsumfang

Tarif _____ ☐ XL ☐ XXL ☐ Nichtraucher ☐ Raucher Risikoklasse ☐

(**Hinweis:** R2 und R5 sind Tarife mit fallender Versicherungssumme)

Darlehenszinssatz (bei den Tarifen R2P und R5P erforderlich) _____ %

Versicherungsbeginn 0 1 . __ __ . __ __ __ __

Eintrittsalter _____ Jahre

Versicherungsdauer _____ Jahre

Beitragszahlungsdauer _____ Jahre

Ablaufdatum 0 1 . __ __ . __ __ __ __

Versicherungssumme _____ EUR

Dynamik (2 – 5 %) ☐ ja _____ %

Ärztliches Zeugnis ☐ ja

(**Hinweis:** Der Antragsteller wird bei Verträgen mit einer Versicherungssumme bis 300.000 € in eine günstigere Risikoklasse eingestuft, wenn er dem Versicherer auf eigene Rechnung ein ärztliches Zeugnis vorlegt. Ab einer Versicherungssumme von 300.001 € übernimmt der Versicherer die Kosten.)

Überschusssystem: Sofortrabatt

Unfalltod-Zusatzversicherung (UZV) (Falls gewünscht bitte ankreuzen)

☐ Die Leistung beträgt wahlweise ☐ 100 % oder ☐ 200 % der Hauptversicherungssumme. Die Laufzeit der UZV richtet sich nach der Versicherungsdauer der Hauptversicherung. Das Höchstendalter für die UZV liegt bei 75 Jahren.

Beitragszahlung

Zahlungsweise ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ■ jährlich

Gesamter Bruttobeitrag _____ EUR Gesamter Nettobeitrag* _____ EUR

* kann nicht über die gesamte Laufzeit garantiert werden (siehe Abschnitt „Überschusssystem" im Angebot)

Bezugsrecht

Bezugsberechtigt für Leistungen im Todesfall der versicherten Person ist bzw. sind:

Name, Vorname _____ Name, Vorname _____

Anschrift _____ Anschrift _____

Geburtsdatum __ __ . __ __ . __ __ __ __ Geburtsdatum __ __ . __ __ . __ __ __ __

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für die Beitragszahlung

Die **Beitragszahlung** soll gemäß gewünschter Zahlungsweise erfolgen. Mit geringfügigen Abweichungen in Beitrag oder Versicherungssumme durch Rundungen erkläre ich mich einverstanden. Ich ermächtige die InterRisk Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Damit weise ich zugleich mein Kreditinstitut an, die von InterRisk auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.** Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN D E

BIC _____

_____
Name des Kreditinstituts

✗ _____
Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller)

Nachname _____

Vorname _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ/Ort _____

Gläubiger-Nr. der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group:
DE82LEB 000 000 23907
Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!

Erklärung der zu versichernden Person (siehe auch die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht im Anhang)

Nachfolgend stellen wir Ihnen einige Fragen, um das von uns zu übernehmende Versicherungsrisiko besser abschätzen zu können. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung dieser Fragen Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und geben Sie alle Ihnen bekannten Sachverhalte – dazu zählen auch Umstände, die für Sie eventuell keine oder nur eine geringe Bedeutung haben – zu jeder der gestellten Fragen sorgfältig, vollständig und ausführlich an. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann Rechtsfolgen haben, wie Rücktritt oder Anfechtung des Vertrages oder Verweigerung der beantragten Leistung.

Alle nachfolgenden Beispiele können nicht sämtliche Erkrankungsbegriffe umfassen. Die Beispiele haben deshalb keinen abschließenden Charakter.
Eventuell durchgeführte prädiktive Gentests müssen hier nicht angegeben werden (Näheres siehe unter Hinweise „Prädiktiver Gentest").

1. Wurden in den letzten 5 Jahren auf Ihr Leben bereits **andere Lebensversicherungen** beantragt oder abgeschlossen? Gesellschaft: _____ Höhe: _____ EUR	☐ ja ☐ nein
2. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre auf Ihr Leben **beantragte Lebens-/Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen nur zu erschwerten Bedingungen**, also mit Risikozuschlag, Ausschlussklausel oder abgekürzter Versicherungsdauer, angeboten oder angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Gesellschaft: _____ Wann: _____ Annahmeentscheidung: _____ Höhe: _____ EUR	☐ ja ☐ nein
3. Sind Sie **beruflich besonderen Gefahren** ausgesetzt (z.B. durch Umgang mit explosiven, radioaktiven, toxischen oder infektiösen Stoffen) oder betreiben Sie **eine Sportart mit besonderem Risiko** (z.B. Kampfsport, Auto- oder Motorradsport, Flug-/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Variantenfahren in Freeride-Gebieten)? Genaue Angaben: _____	☐ ja ☐ nein
4. Fahren Sie ein auf Sie zugelassenes **Motorrad** oder **Quad** ab 125 ccm?	☐ ja ☐ nein
5. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten **Aufenthalte in außereuropäischen Ländern** oder **Krisengebieten?** Wohin: _____ Dauer: _____	☐ ja ☐ nein

Gesundheitsfragen

Bitte geben Sie hier ALLE im jeweiligen Fragezeitraum liegenden Beeinträchtigungen, Erkrankungen, Gesundheits- und Funktionsstörungen, Behandlungen, Operationen, stationäre Aufenthalte an mit näheren Einzelheiten zur Behandlung bzw. dem Behandlungserfolg.

Bezogen auf die derzeitigen Gesundheitsverhältnisse und die letzten 5 Jahre

6. **Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen**	
6.1 **des Herzens oder der Kreislauforgane** (z.B. ärztlich diagnostizierter erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Gleichgewichtsstörungen, Thrombose, Venenleiden)?	☐ ja ☐ nein
6.2 **der Lunge, Atmungsorgane** (z.B. Tbc, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe-Syndrom)?	☐ ja ☐ nein
6.3 **des Magens, des Darms, der Bauchspeicheldrüse** (z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Entzündungen im Bereich der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse/Pankreatitis, des Magens und des Darms, Magen-Darm-Blutung)?	☐ ja ☐ nein
6.4 **der Leber, Gallenblase, Milz** (z.B. Leberentzündung/Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Gallenblasenentzündung/Steine, Milzvergrößerung)?	☐ ja ☐ nein
6.5 **der Nieren, Harnorgane** (z.B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, blutiger Harn, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, Harnblasenentzündung, Eiweißausscheidung)?	☐ ja ☐ nein
6.6 **der Geschlechtsorgane einschl. Brustdrüsen** (z. B. der Vorsteherdrüse/Prostata, Hoden, Gebärmutter, Eierstöcke, Geschlechtskrankheiten)?	☐ ja ☐ nein
6.7 **Allergien** (z.B. Heuschnupfen, Hausstaub, Lebensmittel, Kontaktallergien)?	☐ ja ☐ nein
6.8 **der Haut** (z.B. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, entfernte Leberflecke, blutende oder größer gewordene Muttermale)?	☐ ja ☐ nein
6.9 **des gesamten Bewegungsapparates** (wie Arme, Beine, Rücken/Wirbelsäule, Schultern), der Knochen, Gelenke (wie Hüft-, Knie-, Ellenbogen- oder Sprunggelenke), der Muskeln, Sehnen oder Bänder (z.B. Bewegungseinschränkungen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Hüftfehlstellung, Beinlängendifferenz, Arthrose, Meniskusschaden, Rheuma, Fibromyalgie, Arthritis)?	☐ ja ☐ nein
6.10 **des Gehirns oder des Nervensystems** (z.B. Hirnleistungsstörung, Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Migräne, über mehrere Tage andauernde Kopfschmerzen)?	☐ ja ☐ nein
6.11 **der Augen** (z.B. Fehlsichtigkeit von mehr als 4 Dioptrien, Sehstörungen, Hornhaut oder Netzhauterkrankungen, grauer/grüner Star)? Oder wurde eine Lasertherapie durchgeführt? Dioptrien links: _____ Dioptrien rechts: _____	☐ ja ☐ nein
6.12 **der Ohren** (z.B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörung)?	☐ ja ☐ nein
6.13 **des Stoffwechsels** (z.B. Diabetes, erhöhter Blutzucker, Schilddrüse, Hormonstörung, erhöhte Cholesterinwerte)?	☐ ja ☐ nein
6.14 **des Blutes, der Lymphknoten** (z.B. Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen, Gicht, Thrombose, Lymphknotenschwellung, Lymphknotenentzündung)?	☐ ja ☐ nein
6.15 **akute oder chronische Infektionskrankheiten** (z.B. Malaria, Tuberkulose, Borreliose, Hirnhautentzündung, Herpesinfektion)?	☐ ja ☐ nein
7. Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre **aus gesundheitlichen Gründen durch Ärzte oder andere Behandler** (z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) beraten, untersucht und /oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten?	☐ ja ☐ nein
8. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren **Medikamente** über mehr als 5 Tage?	☐ ja ☐ nein
9. Haben Sie in den letzten 5 Jahren **Drogen** zu sich genommen?	☐ ja ☐ nein
10. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren **regelmäßig Alkohol** zu sich (d.h. mehr als ein Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage im Jahr)?	☐ ja ☐ nein
11. Haben Sie in den letzten 5 Jahren **Unfälle**, **Verletzungen** oder **Vergiftungen** erlitten?	☐ ja ☐ nein
12. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren **beraten**, **untersucht** oder **behandelt** oder sind solche Maßnahmen vorgesehen wegen	
12.1 gut- oder bösartiger **Tumorerkrankungen (Krebs)?**	☐ ja ☐ nein
12.2 eines **Suizidversuchs**	☐ ja ☐ nein
12.3 der Einnahme von **Drogen**, **Betäubungs-** oder **Rauschmittel**?	☐ ja ☐ nein
12.4 der Folgen von **Alkoholgenuss** oder **Alkoholabhängigkeit?**	☐ ja ☐ nein
12.5 Erkrankungen oder **Störungen der Psyche** (z.B. Depressionen, Angstzustände, Belastungsreaktion, Burnout-Syndrom, Essstörungen, ADS)?	☐ ja ☐ nein
13. Bestehen bei Ihnen derzeit **körperliche**, **psychische** oder **geistige Beeinträchtigungen** (z.B. durch angeborene Behinderungen, Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen), oder wurde eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), eine Schwerbehinderung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder beantragt?	☐ ja ☐ nein

WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!

14. Sind Sie **derzeit Raucher** oder haben Sie in den **letzten 12 Monaten geraucht** bzw. konsumieren Sie **E-Zigaretten**? Falls ja, was? Anzahl pro Tag? (z.B. Anzahl der Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen pro Tag) Genaue Angaben: _____ Nichtraucher seit: _____	☐ ja ☐ nein
15. **Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an:** Körpergröße in cm: _____ Körpergewicht in kg: _____	

Bezogen auf die Gesundheitsverhältnisse der letzten 10 Jahre

16. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren **stationär** behandelt (Operationen, Entzugsbehandlungen, Strahlen- bzw. Chemotherapie, Rehabehandlungen, Kuren) bzw. ist eine solche Behandlung vorgesehen oder empfohlen?	☐ ja ☐ nein

Bezogen auf zeitlich unbefristete Gesundheitsverhältnisse

17. Wurde bei Ihnen eine **HIV-Infektion** festgestellt (positiver AIDS-Test)? Wenn ja, wann? _____ Bei welchem Arzt (Anschrift)? _____ _____	☐ ja ☐ nein

Erläuterungen zu allen mit „ja" beantworteten Fragen:

Frage-Nr.	VP-Nr.	Genaue Art der Krankheit/Behandlung	Wann, Dauer, Häufigkeit, **Ergebnis**	Arzt/KH

Bitte reichen Sie uns Angaben, welche Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach.

Bitte unbedingt beantworten: ☐ Es folgen keine weiteren Angaben, da vollständig beantwortet! ☐ Es folgen weitere Angaben.

Informationen über die Begriffe Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen:
Als Krankheit wird ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand bezeichnet, welcher in der Regel von einem Arzt/Behandler diagnostiziert wird. Eine Gesundheits- oder Funktionsstörung bezieht sich auf sämtliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, auch wenn sie nicht gravierend und nur von kurzer Dauer sind und/oder noch keine eindeutige Diagnose gestellt werden konnte.

Hinweis:
Nach Abschluss der medizinischen Risikoprüfung durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group können eventuell Risikozuschläge (in der BU und der EU auch Ausschlussklauseln) oder Einschränkungen des Versicherungsschutzes vereinbart werden. In einigen wenigen Fällen kann der Versicherungsschutz von uns nicht übernommen werden.

Prädiktiver Gentest:
Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und diese nicht verlangen. Sie müssen uns jedoch Vorerkrankungen und Erkrankungen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzeigen, auch wenn in diesem Zusammenhang genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen wurden. Sie müssen uns jedoch keine genetischen Untersuchungen mitteilen, die allein mit dem Ziel vorgenommen wurden, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären. Diese Ausnahme von der Anzeigepflicht gilt nicht, wenn Versicherungsleistungen von mehr als 300.000 € Versicherungssumme oder mehr als 30.000 € Jahresrente bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit vereinbart werden.

Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

Bitte immer ausfüllen!

Der Versicherungsnehmer handelt für

■ eigene Rechnung

☐ Rechnung eines Dritten/wirtschaftlich Berechtigten
Vorname _____
Nachname _____
Straße/Haus-Nr. _____
PLZ/Ort _____
Beziehung zu Versicherungsnehmer: _____

Identifizierung des Versicherungsnehmers/wirtschaftlich Berechtigten durch einen gültigen
☐ Personalausweis oder ☐ Reisepass ☐ gültig bis __ __ . __ __ . __ __ __ __
☐ Kopie ist beigefügt
Ausstellende Behörde, Ort _____ Ausweis-Nr. _____

Weitere wichtige Angaben zur Person des Antragstellers und/oder des wirtschaftlich Berechtigten:

Üben oder übten Sie ein wichtiges öffentliches Amt mit einer Entscheidungsbefugnis auf Staatsebene wie z.B. als Parlamentsmitglied, Regierungsmitglied, Staatssekretär aus oder sind Sie Mitglied in wichtigen staatlichen Organen wie obersten Gerichten, Rechnungshöfen oder in Führungsorganen staatlicher Unternehmen?	☐ ja ☐ nein
Sind Sie Botschafter, Geschäftsträger oder hochrangiger Offizier der Streitkräfte?	☐ ja ☐ nein
Sind Sie Familienmitglied einer dieser oben genannten Personen?	☐ ja ☐ nein
Falls ja, welches Amt üben/übten Sie von wann bis wann aus bzw. welcher Art ist Ihre Beziehung zum Amtsträger? _____	

Falls Antragsteller eine Firma bzw. eine juristische Person bitte „Identifizierungsformular für Firmen" einreichen!

WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistancegesellschaften weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten
– durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group selbst (unter 1.),
– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group (unter 3.) und
– wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).
Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group

Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Bitte zwischen Möglichkeit I oder II wählen und ankreuzen

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.
Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group übermittelt werden.
Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Bitte zwischen Möglichkeit I oder II wählen und ankreuzen

Möglichkeit II:

■ Ich wünsche, dass mich die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
– in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group einwillige
– oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.
Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Bitte zur Bestätigung ankreuzen

■ Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group

Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, überwiegend selbst durch. In Einzelfällen überträgt sie die Erledigung einer anderen Gesellschaft der InterRisk Versicherungen (InterRisk Versicherungs-AG Vienna Insurance Group, InterRisk Informatik GmbH, Amadi GmbH) oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.interrisk.de eingesehen oder in der Abteilung Betrieb Leben (Telefon: 0611 2787 -312; E:Mail: info@interrisk.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihre Einwilligung.

WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!

Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group meine Gesundheitsdaten an die in der zuvor erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der InterRisk Versicherungen und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group an das HIS melden. Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden. Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2.1).

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.
Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen.
Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die Versicherung InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ort, Datum	✗ Unterschrift Antragsteller/in und versicherte Person
Ort, Datum	✗ Unterschrift gesetzlich vertretene Person
Ort, Datum	✗ Unterschrift gesetzlich vertretene Person/Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko/Vertragsänderungen) ergeben, zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., zur Weiterleitung dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personenversicherer übermittelt werden. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des vom Versicherer bereitgehaltenen Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten beziehen wir von der Firma arvato infoscore Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten beziehen wir auch von der Firma CEG Creditreform Boniversum GmbH, Hellersbergstraße 11, in 41460 Neuss. Allgemeine Bonitätsinformationen beziehen wir vom Verband der Vereine Creditreform e.V., Hellersbergstraße 12, in 41460 Neuss.

Unterschriften/Erklärungen

Übergang der Versicherungsnehmereigenschaft: Bei Tod des Versicherungsnehmers geht die Versicherungsnehmerschaft auf die versicherte Person über (sofern nicht mit dieser identisch).

Vorläufiger Versicherungsschutz: Wir gewähren einen vorläufigen Versicherungsschutz gemäß der Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz, welche Sie mit dem Angebot erhielten.

Bei Nichtrauchertarif bitte zur Bestätigung ankreuzen

☐ **Nichtrauchererklärung**

Ich habe in den vergangenen zwölf Monaten nicht geraucht und beabsichtige auch nicht zu rauchen. Ich weiß, dass eine unrichtige Erklärung den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben kann. Sofern ich nach Abschluss des Vertrages Raucher werde, teile ich dies der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group unverzüglich mit. Es erfolgt dann eine Einstufung in den Rauchertarif mit dem erforderlichen Beitrag. Von dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus an wird noch für zwei Monate Versicherungsschutz nach der bisherigen Versicherungssumme geboten. Tritt der Leistungsfall danach ein, ohne dass ich der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group die Änderung mitgeteilt habe, vermindert sich die Versicherungssumme im Verhältnis des erforderlichen Beitrages zum bisherigen Beitrag. Diese Regeln gelten auch für die Konsumenten von E-Zigaretten.

Informationspflichten: Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir das Produktinformationsblatt, mein persönliches Angebot, die Kundeninformation, die allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht sowie eine Kopie des Antrags einschließlich der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten mit Schweigepflichtsentbindung rechtzeitig vor Antragsunterzeichnung ausgehändigt wurden. Die Hinweise und Erklärungen im Angebot und im Antragsformular habe ich gelesen und akzeptiert. Außerdem stimme ich mit meiner Unterschrift zu, dass der Versicherungsschutz ggf. vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Ich erkläre hiermit, dass ich die Antragsfragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet habe.

Bitte unterschreiben Sie mit Vor- und Zunamen; bei Firmen auch Stempel.

Ort, Datum	✗ Unterschrift Antragsteller/in
Ort, Datum	✗ Unterschrift versicherte Person, falls nicht Antragsteller
Ort, Datum	✗ Unterschrift ggf. gesetzlicher Vertreter

Die Richtigkeit der zuvor gemachten Angaben wird hiermit bestätigt. Ich bescheinige ferner, dass nach Prüfung der Angaben die Unterschriften im Antrag eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den schriftlichen Antragserklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind. Insbesondere erkläre ich hiermit, dass alle Angaben des Versicherungsnehmers/der versicherten Person zu seinen/ihren gesundheitlichen Verhältnissen wertungsfrei in den Antrag aufgenommen wurden.

Ort, Datum	✗ Unterschrift des Vermittlers
	Mobilfunknummer des Vermittlers

Policenversand an: ■ Antragsteller ☐ Vermittler

Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung e.K.
Dr. Berndt Schlemann, unabhängiger Finanzberater
Ernastr. 31, D-51069 Köln
Telefon: 0221 68 80 40 | Telefax: 0221 68 80 81
info@schlemann.com | www.schlemann.com

WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!

InterRisk Lebensversicherungs-AG
Vienna Insurance Group
Vorstand: Roman Theisen (Vors.),
Dietmar Willwert, Christoph Wolf
Aufsichtsratsvorsitzender:
Dieter Fröhlich

Carl-Bosch-Straße 5, 65203 Wiesbaden
Postfach 25 72, 65015 Wiesbaden
Sitz: Wiesbaden
Registergericht:
Wiesbaden HRB 12059

Telefon: 0611 2787-0
(24-Stunden-Service)
Telefax: 0611 2787-222
www.interrisk.de
info@interrisk.de

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die von uns gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Personenbezogene Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group, Carl-Bosch-Straße 5, 65203 Wiesbaden 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 die 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 nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.
Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung
Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherunsvertrag 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.

3. Vertragsänderung
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
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. Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung verzichten wir bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung auf die Geltendmachung unserer Rechte zur Kündigung oder Vertragsänderung.
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren – bei der Berufsunfähigkeitsversicherung drei Jahre – 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.

Dienstleisterliste – Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Liste der Stellen, mit denen die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group zusammenarbeitet:

Stellen:	Übertragene Aufgaben:
Swiss Re Gruppe	• Medizinische und juristische Fallprüfung • Auswertung von Gutachten • Ergänzende Antrags- und Leistungsprüfung (medizinisch und finanziell) • Berufskundlicher Beratungsdienst
Roland Assistance	• 24- Stunden Telefonservice • Assistance-Leistungen
arvato infoscore GmbH	• Wirtschaftsauskünfte
Creditreform Boniversum GmbH	• Wirtschaftsauskünfte

Darüber hinaus arbeitet die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten und nutzen:

Kategorien:	Übertragene Aufgaben:
Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater; Berufskundler)	• Berufskundliche Beratung • Erstellen von Gutachten • Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und weiteren Behandlungsmöglichkeiten
IT-Dienstleister	• Programmierung der elektronischen Vertrags- und Aktenverwaltung

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP