
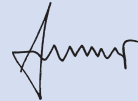


Antrag auf eine - VPV Berufsunfähigkeitsversicherung

Berufsunfähigkeitsversicherung mit sofortiger Überschussbeteiligung und Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Für die beantragte Versicherung gewähren wir Ihnen vorläufigen Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei der Direktion eingeht. Eine Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Fall der Berufsunfähigkeit beantragten Versicherungsleistungen. Unsere Leistungen sind im Fall der Berufsunfähigkeit auf eine Jahresrente von höchstens 15.000 € begrenzt. Im Einzelnen gelten die Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz, die Ihnen vor Antragstellung ausgehändigt oder auf Wunsch zusammen mit dem Versicherungsschein übersandt werden.

VPV
Lebensversicherungs-AG



Tarife

SBU Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung
mit Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen

mit Anpassungsrecht

Neuantrag

Eingang Hauptverwaltung

Versicherungs-Nr.

Kollektivvertrags-Nr.:

Geburtsdatum

Familienstand

Antragsteller (Versicherungsnehmer/ zu versichernde Person)

- Frau
 Herr

Nachname, Vorname

Nationalität

Telefon privat

Straße, Haus-Nr.

Telefon beruflich

Telefon mobil

Zustellvermerk

E-Mail

LKZ

PLZ

Wohnort

steuerliche Identifikationsnummer

Berufliche Tätigkeit

Zu versichernde Person (falls Antragsteller nicht zugleich zu versichernde Person ist)

- Frau
 Herr

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Familienstand

Straße, Haus-Nr.

Nationalität

Telefon privat

LKZ

PLZ

Wohnort

Telefon beruflich

Telefon mobil

Berufliche Tätigkeit

Auszahlungskonto (nur für sofort beginnende Rentenzahlungen)

- Frau
 Herr

Nachname, Vorname (Kontoinhaber)

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

LKZ

PLZ

Wohnort

IBAN

LKZ

Prüfz.

BLZ

Kontonummer

zusätzlich Auslands-IBAN

Kreditinstitut Name

BIC

Beitragszahlung

Für Lastschriften ist das SEPA-Mandatsformular 0.KAB.0157 auszufüllen und beizufügen

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Erklärung des Antragstellers (Versicherungsnehmers) nach dem Geldwäschegesetz

- Ich handle auf eigene Veranlassung und wurde von keinem Dritten hierzu beauftragt.
 Ich handle nicht auf eigene Veranlassung und wurde von einem Dritten hierzu beauftragt.

Die Erklärung 0.KAB.0098 ist beizufügen

Gewünschter Versicherungsschutz

Tarif

S | B | U

Versicherungsbeginn

01.

Anpassungsrecht 1):

Ich wünsche

keine Anpassung
alle 2 Jahre um 6 %

___ % Anpassung
alle ___ Jahre

Selbstständige Berufs- unfähigkeitsversicherung

Eintrittsalter

Jahre

Versicherungsdauer 3)

Jahre

Leistungsdauer 4)

Jahre

Karenzzeit

Monate

Garantierte Rentensteigerung

im Leistungsfall % jährlich

Jahresrente

€

Berufsklasse

Risikozuschlag

€

Beitrag vor Verrechnung

lt. Zahlungsweise

Beitrag nach Verrechnung

lt. Zahlungsweise 2)

€

Nichtraucher (N) 5)

Sofortleistung: einmalig 100% der BU-Jahresrente

Familienbonus 6)

Leistung bei Arbeitsunfähigkeit

Beitrag

Risikozuschlag gesamt

€

Gesamtbeitrag vor Verrechnung

lt. Zahlungsweise

€

Gesamtbeitrag nach Verrechnung

lt. Zahlungsweise 2)

€

Vorversicherungen

Bestehen oder bestanden für den Antragsteller, die zu versichernde Person oder den Beitragszahler bereits Versicherungen bei der Vereinigten Postversicherung VVaG, der VPV Lebensversicherungs-AG, der VPV Allgemeine Versicherungs-AG, der Kölner Postversicherung VVaG, der Bayerischen Postversicherung, der Postversicherungskasse oder der Post-Sterbekasse? nein ja

Versicherungsnummer(n)?

Bezugsberechtigung

(Der Versicherer ist berechtigt, an den Inhaber des Versicherungsscheins zu leisten)

Bezugsberechtigte Person(en) im Todesfall der versicherten Person (Nachname, Vorname, Geb.-datum)

Bezugsberechtigte Person(en) im Erlebensfall (Nachname, Vorname, Geb.-datum)

Besondere Vereinbarungen

(siehe auch Wichtige Hinweise sowie § 2 Abs. c) der Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz)

Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? nein ja

Welche?

1) siehe Wichtige Hinweise: Anpassung

3) zugleich Beitragszahlungsdauer

5) siehe Wichtige Hinweise: Nichtraucher

2) siehe Wichtige Hinweise: Überschussbeteiligung

4) maximale Leistungsdauer ab Versicherungsbeginn

6) siehe Wichtige Hinweise: Familienbonus

Vertragsgrundlagen

Für die Versicherung gelten dieser Antrag sowie die Versicherungsbedingungen mit den dazugehörigen Verbraucherinformationen.

Hiermit bestätige ich den Erhalt folgender Dokumente:

- > Beratungsprotokoll
- > Angebotsberechnung
- > Vertragsbestimmungen inkl. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Druckstücknummer

Ich habe diese Unterlagen rechtzeitig vor meiner Antragstellung erhalten und hatte ausreichend Zeit, diese durchzusehen.

Datum

X

Unterschrift Antragsteller

X

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernde Person

Für Anträge, die einen Versicherungsschutz für den Todesfall oder für Berufsunfähigkeit beinhalten, ist die Beantwortung zusätzlicher Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen, zur beruflichen Situation, zu sportlichen Aktivitäten und Auslandsaufenthalten der zu versichernden Person erforderlich. Wir bitten Sie, diese Fragen im Rahmen der Antragsaufnahme auf unserem zusätzlichen Formblatt 1.KAB.0099 bzw. dem persönlichen Risikoprüfungsprotokoll zu beantworten. Nur die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen schützt Sie und Ihre Angehörigen vor Nachteilen.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Wichtigen Hinweise auf der Folgeseite. Sie enthalten Informationen zur Datenverarbeitung und weitere Hinweise; sie sind Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Wichtigen Hinweise zum Inhalt dieses Antrags.

Eigenhändige Unterschriften mit ausgeschriebenen Vor- und Nachnamen

Datum

X

Unterschrift Versicherungsnehmer und Antragsteller

X

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Versicherungsnehmers (bei Minderjährigen)

X

Unterschrift der zu versichernden Person, falls diese nicht Antragsteller ist

X

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person

Bitte immer vom Vermittler zu beantworten

Wird wegen Überschreiten der Summengrenzen nach unseren Richtlinien eine ärztliche Untersuchung erforderlich?

nein ja

Wenn ja, Formular Ärztliches Zeugnis 0.KAB.0003 ausgehändigt? nein ja

Welche zusätzliche Anlage zum Versicherungsantrag ist beigefügt?

Zusätzliche Erklärung 1.KAB.0099 und/oder Formular Nr. _____ gesondertes Blatt
 Persönliches Risikoprüfungsprotokoll Nr. _____ RK

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Unterschriften eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den Antragserklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind.

Unterschrift Vermittler

MK

TL

VMNR 1

VMNR 2

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und die zu versichernde Person

Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.vpv.de/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie auf dieser Seite unser Informationsblatt zur Datenverarbeitung mit einer Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen auch gerne ein aktuelles Informationsblatt mit der Liste und die Verhaltensregeln per Post oder per E-Mail.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Eine Berichtigung Ihrer Daten ist möglich, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Weiterhin haben Sie das Recht, nicht mehr erforderliche und unzulässig gespeicherte Daten sperren oder löschen zu lassen.

Datenverarbeitung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung im Rahmen der Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Werbung für unser Unternehmen und andere Unternehmen der VPV Versicherungsgruppe sowie zur Markt- und Meinungsforschung verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Sie können Ihre in diesem Abschnitt beschriebenen Rechte geltend machen, indem Sie sich schriftlich wenden an: VPV Versicherungen, Kundenservice, Postfach 31 17 55, 70477 Stuttgart.

Einen gesicherten Kontakt können Sie über die Internetseite www.vpv.de kontaktieren. Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Kontaktaufnahme per E-Mail: info@vpv.de oder telefonisch: 07 11 / 13 91-60 00.

Geldwäschegesetz

Nach dem Geldwäschegesetz (GwG) ist die VPV verpflichtet, bei der Begründung der Kundenbeziehung die Identität ihres Vertragspartners festzustellen. Darüber hinaus hat die VPV den wirtschaftlich Berechtigten zu identifizieren. Wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich die natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht. Es kann auch mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben. Handle ich nicht auf eigene Veranlassung, werde ich Ihnen die Angaben zu Namen, Anschrift sowie die erforderlichen Identifikationsdaten des wirtschaftlich Berechtigten im Sinne des Geldwäschegesetzes auf Ihrem Formular 0.KAB.0098 mitteilen.

Anpassung

Bei dem Tarif ist standardmäßig alle 2 Jahre eine planmäßige Erhöhung der Beiträge um 6 % und dementsprechend der Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vorgesehen. Alternativ kann auf das Anpassungsrecht verzichtet oder eine andere Form vereinbart werden. Zur Verfügung stehen:

- 1-jährig um einen festen Prozentsatz von 5 %
- 2-jährig um einen festen Prozentsatz von 5, 6, 7, 8 %

Nichtraucher

Nichtraucher (N)

- Nichtraucher ist, wer in den letzten zwölf Monaten aktiv kein Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben. Rauchen meint das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarrillos, Zigarren, Pfeifen oder Wasserpfeifen (zum Beispiel Shishas). Inhalieren meint die Nutzung elektronischer Rauchergeräte, bei denen es zu einer Nikotinaufnahme über das Inhalieren von Aerosol (Dampf oder andere nikotinhaltige Emissionen) kommt, beispielsweise bei E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen oder E-Wasserpfeifen (zum Beispiel E-Shishas).
- Bei einem rechnungsmäßigem Eintrittsalter von 10 bis 14 Jahren erfolgt grundsätzlich eine Einstufung als Nichtraucher (N).

Familienbonus

Die Voraussetzungen für den Familienbonus sind erfüllt, wenn mindestens ein leibliches oder adoptiertes, nicht volljähriges Kind der versicherten Person im gleichen Haushalt wie die versicherte Person lebt und die versicherte Person

- in einer Ehe oder
- in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder
- in einer eheähnlichen Gemeinschaft mit identischem Wohnsitz lebt.

Der Familienbonus kann erst ab einem rechnungsmäßigen Eintrittsalter von 18 Jahren gewährt werden.

Überschussbeteiligung

Überschussanteile werden jeweils für das laufende Kalenderjahr festgesetzt. Sie sind der Höhe nach auf Dauer nicht garantiert und können sich während der Vertragsdauer ändern. Werden Überschussanteile mit dem Beitrag verrechnet, so kann sich aufgrund einer Änderung der Überschussätze der zu zahlende Beitrag ändern.

Beschwerden

Sie können sich direkt an die Direktion der VPV Lebensversicherungs-AG wenden. Wenn Sie nicht zuerst mit uns über Ihr Anliegen sprechen möchten, können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn wenden.

Zudem haben Sie als Verbraucher die Möglichkeit, sich bei Beschwerden gegen uns als Ihren Versicherer an den Versicherungsombudsmann (Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin, Tel.: 0800/3696000, Fax: 0800/3699000, www.versicherungsombudsmann.de) zu wenden. Dort haben Sie die Möglichkeit eines kostenlosen außergerichtlichen Schlichtungsverfahrens. Der Beschwerdegegenstand darf nicht bereits vor einem Gericht, Schiedsgericht oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung anhängig sein oder entschieden oder geschlichtet worden sein. Der Ombudsmann behandelt Ihre Beschwerde erst, wenn Sie Ihren Anspruch bei uns geltend gemacht haben und uns 6 Wochen Zeit für unsere Entscheidung gegeben haben.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

VPV Lebensversicherungs-AG
Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart oder
Postfach 31 17 55, 70477 Stuttgart

Ein Widerruf per Telefax ist an folgende Faxnummer zu richten: 07 11/13 91-60 01

Ein Widerruf per E-Mail ist an folgende E-Mail-Adresse zu richten: info@vpv.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Anschreiben zum Versicherungsschein auf Seite 2 ausgewiesenen Betrag. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile hat der Versicherer Ihnen auszuzahlen. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen
Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;

2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich der Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunika-

tion während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;

17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;

18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Berufsunfähigkeitsversicherung

Bei dieser Berufsunfähigkeitsversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;
4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;
5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;
6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;
7. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung;
8. den Hinweis, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

Ende der Widerrufsbelehrung



Der Vorsorgeberater seit 1827

SEPA-Lastschriftmandat

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Name, Vorname

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen zum Antrag vom

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Zahlungsempfänger

- VPV Lebensversicherungs-AG
 VPV Allgemeine Versicherungs-AG

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE96LAG00000064686
DE85SAG00000064690

Das Mandat wird nur dem Zahlungsempfänger erteilt, mit dem ein Vertrag geschlossen wird. Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt. Der Lastschrifteinzug wird mindestens 5 Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Beitragszahler (falls nicht Versicherungsnehmer)

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr.	LKZ	PLZ	Wohnort

IBAN

LKZ	Prüfz.	BLZ	Kontonummer	zusätzlich Auslands-IBAN
Kreditinstitut Name				BIC

Erklärung zum Geldwäschegesetz (nur bei abweichendem Beitragszahler der VPV Lebensversicherungs-AG)

Angabe der Beziehung/ Verwandtschaftsverhältnis Kontoinhaber zu Versicherungsnehmer

- Elternteil, Großelternteil, Kind oder Enkel Onkel/Tante Lebenspartner

- Sonstige (bitte konkretisieren) _____

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Rückerstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
------------	--------------------------------

Identifizierung nach dem Geldwäsche-Gesetz und weitere Mitteilungspflichten

Antrag vom _____ Versicherungs-Nr., soweit bekannt _____

Antragsteller (Vertragspartner) _____

1. Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten nach dem Geldwäsche-Gesetz

- Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung und wurde von keinem Dritten hierzu beauftragt.
 oder Der Antragsteller handelt **nicht** auf eigene Veranlassung und wurde von einem Dritten hierzu beauftragt (Auftraggeber):

Name, Vorname, Firma, Verband usw. mit Adresse, Staatsangehörigkeit, Geburtsdatum (bei natürlicher Person) 1.	Anteil %
Name, Vorname, Firma, Verband usw. mit Adresse, Staatsangehörigkeit, Geburtsdatum (bei natürlicher Person) 2.	Anteil %

- Bei Direktversicherungen wird der Beitrag per Lastschrift vom Konto des Arbeitgebers eingezogen (keine weitere Angaben erforderlich)
 oder Bei Direktversicherungen wird der Beitrag von folgendem Konto des Arbeitgebers überwiesen:

IBAN

LKZ	Prüfz.	BLZ	Kontonummer	zusätzlich Auslands-IBAN

Kreditinstitut Name	BIC

2. Identifizierung des Antragstellers (Vertragspartners) nach dem Geldwäsche-Gesetz

Der Antragsteller (Vertragspartner) wird wie folgt als eine natürliche Person identifiziert:

Ausgewiesen durch ein aktuell vorgelegtes und in Kopie beigefügtes Ausweisdokument. Gültig bis: _____

3. Politisch exponierte Personen – PEP

- Bei dem Antragsteller (Vertragspartner) / Bei dem abweichenden wirtschaftlich Berechtigten / Bei dem/den Bezugsberechtigten handelt es sich um **keine** politisch exponierte Person.
 Bei dem Antragsteller (Vertragspartner) / Bei dem wirtschaftlich Berechtigten / Bei dem/den Bezugsberechtigten handelt es sich um **eine** politisch exponierte Person.
 Bei dem Antragsteller (Vertragspartner) / Bei dem wirtschaftlich Berechtigten / Bei dem/den Bezugsberechtigten handelt es sich um ein Familienmitglied oder eine bekanntermaßen nahe stehende Person einer politisch exponierten Person.

Angaben zum Amt / zur Tätigkeit:
Vor- und Nachname der Person (PEP): (Verwandtschafts-)Verhältnis zum Antragsteller (Vertragspartner) / wirtschaftlich Berechtigten / Bezugsberechtigten

4. Weitere Mitteilungspflichten

Besteht für den Antragsteller eine steuerliche Ansässigkeit außerhalb Deutschlands oder eine US-Staatsbürgerschaft oder eine US-Steuerpflicht? ja nein
 (Wenn eines der Kriterien zutrifft, bitte Formular 0.KAB.0225 einreichen)

Datum	Name, VM-Nr. des Vermittlers	Unterschrift des Vermittlers

Erläuterungen zu Ziffer 1:

Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

(wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich die natürliche Person, die den wirtschaftlichen Nutzen aus dem Vertrag zieht bzw. in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Antragsteller/Vertragspartner letztlich steht. Es kann mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben.)

- Hier muss der wirtschaftlich Berechtigte angegeben werden; d.h. ob der Antragsteller/Vertragspartner auf eigene Veranlassung oder nicht auf eigene Veranlassung, sondern im Auftrag eines Dritten handelt. Es ist das zutreffende Kästchen anzukreuzen. Handelt der Antragsteller/Vertragspartner nicht auf eigene Veranlassung, sondern im Auftrag eines Dritten, so müssen Name, Anschrift, Geburtsdatum und Staatsangehörigkeit des/der Dritten festgehalten werden.

Bei juristischen Personen (Firma, Gesellschaft, Verband, Verein etc.) ist immer zu fragen, ob und wenn ja welche Person mehr als 25 % der Stimmrechte kontrolliert oder mehr als 25 % der Kapitalanteile hält.

Im Falle von rechtsfähigen Stiftungen und Rechtsgestaltungen, mit denen treuhänderisch Vermögen verwaltet oder verteilt oder die Verwaltung oder Verteilung durch Dritte beauftragt wird ist dies jede Person, die als Treugeber handelt oder auf sonstige Weise 25 Prozent oder mehr des Vermögens kontrolliert oder die als Begünstigte von 25 Prozent oder mehr des verwalteten Vermögens bestimmt worden ist oder die auf sonstige Weise unmittelbar oder mittelbar beherrschenden Einfluss auf die Vermögensverwaltung oder Ertragsverteilung ausübt.

Handelt es sich um eine Gesellschaft, die am organisierten Markt notiert ist (börsennotierte Aktiengesellschaften bzw. Kommanditgesellschaften auf Aktien), so entfällt die Pflicht zur Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten (hier ist ggf. ein entsprechender Vermerk anzubringen).

Sofern bei Direktversicherungen der Beitrag nicht per Lastschrift vom Konto des Arbeitgebers eingezogen wird, ist das Konto des Arbeitgebers anzugeben, von dem der Beitrag überwiesen wird. (Der Geldeingang von diesem Konto wird vom Kundenberater in der VPV überwacht). Eine Identifizierung des Antragstellers/Vertragspartners ist somit nicht erforderlich.

Auch bei folgenden Fallgestaltungen, die auf eine Fremdnützigkeit schließen lassen, ist davon auszugehen, dass eine andere Person als der Antragsteller/Vertragspartner wirtschaftlich Berechtigter ist:

- unwiderrufliches Bezugsrecht,
- abweichender Bezugsberechtigter im Erlebensfall,
- Abtretungsgläubiger/Zessionar ist keine Bank,
- abweichender Beitragszahler ohne nachvollziehbare Beziehung zum Antragsteller/Vertragspartner

Erläuterungen zu Ziffer 2:

Identifizierung des Antragstellers (Vertragspartners)

Es sollte grundsätzlich immer das Lastschriftinzugsverfahren angestrebt werden. Hierbei sind bereits im Antrag/SEPA-Lastschriftmandat Name und Anschrift sowie die Bankdaten anzugeben. Die Identifizierung des Antragstellers (Vertragspartners) ist dennoch bei jeder Antragstellung erneut vorzunehmen (Ausnahmen: Wenn bereits eine frühere Identifizierung vorgenommen wurde, welche den aktuellen Anforderungen entsprechen muss und bei Direktversicherungen – siehe Erläuterungen zu Ziffer 1). Werden mehrere Anträge **gleichzeitig** gestellt, ist **eine** Identifizierung ausreichend. Alle notwendigen Daten sind vom Abschlussvermittler zu erfassen. Diese sind je nach natürlicher oder juristischer Person unterschiedlich.

Bei einer natürlichen Person erfolgt dies durch Einsichtnahme in ein gültiges amtliches Ausweisdokument und Kopien von dessen Vorder- und Rückseite.

Bei einer juristischen Person erfolgt dies durch Einsichtnahme in ein amtliches Register/Handelsregister (ggf. Auszug daraus), durch Heranziehung der Gründungs- oder gleichwertiger beweiskräftiger Dokumente. Es sind Angaben über die Register-/Handelsregisternummer und die Namen der Mitglieder des Vertretungsorgans (z.B. Vorstand, Geschäftsführer, Gesellschafter) zu max. 5 Vertretern erforderlich (ggf. Zusatzblatt verwenden).

Erläuterungen zu Ziffer 3:

Politisch exponierte Personen – PEP

Das Geldwäschegesetz definiert politisch exponierte Personen als diejenigen natürlichen Personen,

- a) die ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt ausüben oder innerhalb des letzten Jahres ausgeübt haben
- b) und deren unmittelbare Familienmitglieder
- c) oder ihnen bekanntermaßen nahestehende Personen

zu a): Personen, die ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt ausüben oder ausgeübt haben, sind:

- Staatschefs, Regierungschefs, Minister, Mitglieder der Europäischen Kommission, stellvertretende Minister und Staatssekretäre
- Parlamentsabgeordnete und Mitglieder vergleichbarer Gesetzgebungsorgane
- Mitglieder der Führungsgremien politischer Parteien
- Mitglieder von obersten Gerichtshöfen oder sonstigen hohen Gerichten
- Mitglieder der Leitungsorgane von Rechnungshöfen oder von Zentralbanken
- Botschafter, Geschäftsträger und Verteidigungsattachés
- Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- und Aufsichtsorgane staats-eigener Unternehmen

Öffentliche Ämter unterhalb der nationalen Ebene gelten in der Regel nur dann als wichtig, wenn deren politische Bedeutung mit der ähnlicher Positionen auf nationaler Ebene vergleichbar ist.

zu b): unmittelbare Familienmitglieder sind:

- der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner
- die Kinder und deren Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner
- jeder Elternteil

zu c): Bekanntermaßen nahestehende Personen sind:

- jede natürliche Person, die bekanntermaßen mit einer unter a) fallenden Person gemeinsame wirtschaftliche Eigentümerin von Rechtspersonen und Rechtsvereinbarungen ist oder sonstige enge Geschäftsbeziehungen zu dieser Person unterhält
- jede natürliche Person, die alleinige wirtschaftliche Eigentümerin einer Rechtsperson oder Rechtsvereinbarung ist, die bekanntermaßen tatsächlich zum Nutzen einer in a) genannten Person errichtet wurde

In der Erklärung ist grundsätzlich eines der Kästchen anzukreuzen, wenn der Antragsteller/Vertragspartner, ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder ein Bezugsberechtigter eine natürliche Person ist.

- Handelt es sich um keine politisch exponierte Person, erfolgen neben dem angekreuzten Kästchen keine weiteren Angaben.
- Handelt es sich um eine politisch exponierte Person, sind weitere Angaben zum Amt/zur Tätigkeit zu machen (Parlaments-/Regierungsmitglied, Staatssekretär, etc.).
- Handelt es sich um ein Familienmitglied oder eine bekanntermaßen nahe stehende Person zu einer politisch exponierten Person, sind neben der Angabe zu deren Amt/zur deren Tätigkeit noch der Name der PEP und das (Verwandschafts-) Verhältnis einzutragen.

Unterschriftszeile

Das Formular ist von dem Abschlussvermittler zu unterschreiben, der die Identifizierung, die Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten und einer politisch exponierten Person vornimmt. Das Formular darf also keinesfalls von einer anderen Person ausgefüllt und unterschrieben werden – auch nicht in Vertretung.

Fehlt die Unterschrift oder fehlen die erforderlichen Angaben, muss das Formular zur Vervollständigung zurückgegeben werden. Änderungen und Ergänzungen der Daten dürfen nur mit Wissen des Antragstellers/Vertragspartners vorgenommen werden. Die Policing der Versicherung kann erst nach Eingang der fehlenden Daten erfolgen.

Versicherungsantrag vom _____ bei der VPV Lebensversicherungs-AG

Antragsteller	Geburtsdatum
zu versichernde Person	Geburtsdatum

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten/ Daten i.S.v. § 203 StGB und Schweigepflichtentbindungserklärung ¹

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, benötigen wir, die **VPV Lebensversicherungs-AG**, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Lebensversicherungsunternehmen benötigen wir 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 (siehe Punkt 3.) weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben und jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse (siehe unter 3.2.) zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten
- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der VPV Lebensversicherungs-AG (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.

Hinweis:

Sofern für den Abschluss Ihres Versicherungsvertrages keine Gesundheitsdaten erforderlich sind, sind für die Bearbeitung Ihres Antrages nur die nachfolgenden Erklärungen unter Punkt 3 und 3.2 bis 3.4 maßgeblich. In diesem Fall erstrecken sich die dort abgedruckten Erklärungen inhaltlich jeweils lediglich auf eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten nach § 203 StGB.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch uns

Ich willige ein, dass die VPV Lebensversicherungs-AG 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 wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB 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:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die VPV Lebensversicherungs-AG – 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 die VPV Lebensversicherungs-AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die VPV Lebensversicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die VPV Lebensversicherungs-AG 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.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die VPV Lebensversicherungs-AG 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 VPV Lebensversicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die VPV Lebensversicherungs-AG 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 VPV Lebensversicherungs-AG 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 uns 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.

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 VPV

Wir verpflichten 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. Wir benötigen 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 VPV Lebensversicherungs-AG 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 VPV Lebensversicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die VPV Lebensversicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen 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, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der VPV Versicherungsgruppe, wie z.B. der VPV-Service GmbH oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.vpv.de/datenschutz eingesehen oder bei der VPV Lebensversicherungs-AG, Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart, Telefon: 07 11 / 13 91-60 00, Telefax: 07 11 / 13 91-60 01, E-Mail: info@vpv.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

¹ Der Text der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzbehörden aufsichtsrechtlich abgestimmt.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 uns 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 VPV Lebensversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die VPV Lebensversicherungs-AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen,

Datum

Unterschrift des Antragstellers

X

Unterschrift der zu versichernden Person, falls nicht Antragsteller (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

X

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 beratende 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 VPV Lebensversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen 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, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die VPV Lebensversicherungs-AG 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.

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Antragstellers

X

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person

X