

Einzelantrag GesundheitsRente bei der Pro bAV Pensionskasse AG Vorsorgeeinrichtung für Gesundheitsberufe

Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Mit diesem Druckstück stellen Sie einen verbindlichen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages auf Grundlage der Ihnen zuvor überlassenen Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV).

Ihren Antrag können wir annehmen, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden.

Mit Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande.

Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Mit diesem Druckstück fordern Sie uns auf, Ihnen ein verbindliches Vertragsangebot zu unterbreiten.

Sie erhalten ein individuell auf Ihren Antrag abgestimmtes Angebot in Form eines Versicherungsscheins. Diesem sind die Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV) sowie ein Annahmeformular beigelegt.

Das Annahmeformular senden Sie uns bitte per Post, Telefax oder als Anhang einer E-Mail zu. Mit dessen Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande und der Versicherungsschein wird wirksam.

Über den Zugang werden wir Sie informieren.

■ Es betreut Sie:

Bereits Kunde? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		NL/VD BD AB Vermittler-Nr.		VS-Nr.		
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		<input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Praxis		Besondere Anrede/Titel		
Antragsteller/ Versicherungs- nehmer (Arbeitgeber)	Partner-Nr.	Anrede			Namenszusatz	
	Zuname/Firma				Staatsangehörigkeit	
	Vorname/Firma				Ortsteil	
	Straße, Haus-Nr. (keine Postfach- oder c/o-Adresse!)				E-Mail	
	Postleitzahl, Wohnort					
	Telefon Firma		Telefax Firma			
Zu versichernde Person (Arbeitnehmer)	Partner-Nr.	Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Besondere Anrede/Titel	
	Zuname				Namenszusatz	
	Vorname				Geburtsname	
	Straße, Haus-Nr. (keine Postfach- oder c/o-Adresse!)				Geburtsdatum	
	Postleitzahl, Wohnort				Geburtsort	
	Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche				Ortsteil	
	Telefon privat				Staatsangehörigkeit	
	Telefax privat				<input type="checkbox"/> angestellt	
					<input type="checkbox"/> beteiligt mit _____ %	
	Lebensform <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Paar <input type="checkbox"/> Familie				<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	

Fondsgebundene Rentenversicherung Rente Invest
 Klassische Rentenversicherung Rente Classic

Beitrag Beitrag _____ Euro Beitragszahlung 1/12 1/4
 1/2 1/1 einmalig

(bei Rente Invest kein Zuschlag bei unterjähriger Beitragszahlung, bei Rente Classic: inklusive Zuschlag bei unterjähriger Beitragszahlung)

Der Versorgungsvorschlag und das dazugehörige Technikblatt vom _____ sind zwingend erforderliche Bestandteile dieses Antrags.

Finanzierungsform **Entgeltumwandlung** **Mischfinanzierung** (Entgeltumwandlung und Arbeitgeberfinanzierung)
 Arbeitgeberfinanzierung Bei Beantragung einer Mischfinanzierung mit getrenntem Bezugsrecht werden zwei Verträge abgeschlossen.

Bezugsrecht **Arbeitnehmerfinanzierter Beitragsteil** Die versicherte Person ist sowohl im Erlebens- als auch im Todesfall unwiderruflich bezugsberechtigt.
 Arbeitgeberfinanzierter Beitragsteil Die versicherte Person ist sowohl im Erlebens- als auch im Todesfall unwiderruflich bezugsberechtigt.
 bis zur Erfüllung der Unverfallbarkeitsfristen im Sinne des Betriebsrentengesetzes widerrufenlich, ab Erfüllung der Unverfallbarkeitsfristen unwiderruflich bezugsberechtigt.

Das verfügte Bezugsrecht bezieht sich auch auf die Überschussanteile und ggf. eingeschlossene Berufsunfähigkeitsleistungen. Weitere Hinweise zum Bezugsrecht finden Sie auf der Antragsrückseite.

Bei Vereinbarung vorgenannter Bezugsrechte gilt für den Todesfall (ausgenommen der Leistungen für eingeschlossene Hinterbliebenen- und/oder Waisenrenten-Zusatzversicherung(en)) folgendes:

Die Versicherungsleistung ist in nachstehender Rangfolge zu zahlen an:

- a. den überlebenden Ehegatten, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes verheiratet war bzw. Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz,
- b. Kinder im Sinne des § 32 Abs. 3, 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Abs. 5 EStG,
- c. den überlebenden Lebenspartner, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes in einer auf Dauer angelegten häuslichen Gemeinschaft gelebt hat, vorausgesetzt, die versicherte Person hat diesen Lebenspartner der Pro bAV Pensionskasse AG vor Eintritt des Versicherungsfalles schriftlich benannt (Name, Anschrift und Geburtsdatum). Unter einer auf Dauer angelegten häuslichen Gemeinschaft ist ein gemeinsamer Wohnsitz und eine gemeinsame Haushaltsführung zu verstehen.tz und eine gemeinsame Haushaltsführung zu verstehen.

Sind keine Hinterbliebenen im Sinne der oben genannten Zahlungsverfügung vorhanden, so wird ein Sterbegeld in Höhe der nach dem jeweiligen Tarif zur Verfügung stehenden Todesfallleistung, maximal jedoch 8.000 Euro, an die Erben der versicherten Person ausgezahlt, sofern der Versicherungsnehmer der Pro bAV Pensionskasse AG vor Eintritt des Versicherungsfalles hierfür keine andere Person schriftlich benannt hat.

Die Versicherungsleistungen aus eingeschlossenen Hinterbliebenen- und/oder Waisenrenten-Zusatzversicherungen werden im Todesfall jeweils an die mitversicherten Personen ausgezahlt. Bitte beachten Sie, dass eine Auszahlung der Versicherungsleistungen an mitversicherte Personen, die zum Zeitpunkt der Auszahlung weder Ehegatte, noch Lebenspartner, noch Kinder der versicherten Person im vorgenannten Sinne sind, steuerschädlich ist.

Bezugsrecht

Für den Todesfall gilt die Zahlungsverfügung entsprechend den vorgenannten Angaben.

Benennung des Lebenspartners im Sinne des Buchstaben c)

Unter Kenntnisnahme und Beachtung der oben dargestellten Reihenfolge der Zahlungsverfügung im Todesfall benennen wir als für den Todesfall begünstigte Person den/die Lebenspartner/in im Sinne des Buchstaben c):

Name	Straße, Haus-Nr.
Vorname	Postleitzahl, Ort
Geburtstag	

Wir sind darüber informiert, dass eine Änderung der Lebenspartnerschaft der versicherten Person mittels einer neuen Willenserklärung gegenüber der Pro bAV Pensionskasse AG anzuzeigen ist, da ansonsten die Voraussetzungen gemäß o. g. Buchstabe c) nicht mehr erfüllt sind.

Benennung des Zahlungsempfängers für das Sterbegeld (anstatt der „Erben“)

Ein evtl. zu zahlendes Sterbegeld soll an die nachfolgend genannte Person gezahlt werden:

Name	Straße, Haus-Nr.
Vorname	Postleitzahl, Ort
Geburtstag	

BeitragszahlungZwingend
Lastschrift-
verfahren!

Die Beiträge sollen abgebucht werden:	Konto-Nr.	Bankleitzahl
Geldinstitut (Name und Ort)		

Kontoinhaber (nur ausfüllen, falls nicht Antragsteller)

Zuname, Vorname	
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)	Unterschrift

**Besondere
Vereinbarungen**

**Fragen
an die Antrag
stellende Person
bzw. an die zu
versichernde
Person****Beantworten Sie bitte alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der nachfolgenden Angaben sind, jeweils nach bestem Wissen, sowohl die Antrag stellende Person als auch die zu versichernde Person verantwortlich. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich an die Pro bAV Pensionskasse AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, schriftlich nachzureichen.****Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir den Vertrag aufheben (Rücktritt oder Anfechtung) und die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.**

Der Vertragsabschluss ist nicht von der Durchführung eines genetischen Tests abhängig. Nur wenn Ihnen ein solcher Befund bereits vorliegt, müssen Sie diesen ab einer Gesamtversicherungssumme von 300.000 Euro bzw. einer Gesamt-BU-Jahresrente von 30.000 Euro offen legen. Beachten Sie hierzu bitte unsere Hinweise zu Gentests auf der Rückseite.

Zur Erleichterung der Beantwortung der einzelnen Fragen haben wir Ihnen vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten etc. genannt. Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen.**Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie bitte Anlagen unterschrieben bei.**

1. Welche Ausbildung haben Sie absolviert?	<input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> kfm. Ausbildung/ Lehre	<input type="checkbox"/> handwerklich/ technische Ausbildung
	Haben Sie die Ausbildung abgeschlossen?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

2. Wie setzt sich Ihre Berufstätigkeit zusammen?	_____ % Bürotätigkeit	_____ % körperliche Tätigkeit	_____ % Reisetätigkeit
--	-----------------------	-------------------------------	------------------------

3. Bitte geben Sie die Art des Betriebes an, in dem Sie tätig sind:	_____
---	-------

4. Welchem Zweck dient der Berufsunfähigkeitsschutz?	<input type="checkbox"/> persönliche Vorsorge	<input type="checkbox"/> Finanzierung	<input type="checkbox"/> _____
--	---	---------------------------------------	--------------------------------

5. Bitte geben Sie Ihr jährliches Bruttoeinkommen der letzten 3 Jahre an:	Jahr _____ Euro	Jahr _____ Euro	Jahr _____ Euro
---	-----------------	-----------------	-----------------

6. Haben Sie derzeit auch Anspruch auf andere Versorgungsleistungen für den Fall einer Berufsunfähigkeit? In welcher (voraussichtlichen) Höhe?			
<input type="checkbox"/> Beamtenversorgung	_____ Euro jährlich	<input type="checkbox"/> Zusatzversorgung im ÖD	_____ Euro jährlich
<input type="checkbox"/> Betriebliche Altersversorgung	_____ Euro jährlich	<input type="checkbox"/> Berufsständische Versorgung	_____ Euro jährlich
<input type="checkbox"/> Private Versicherungen	_____ Euro jährlich	<input type="checkbox"/> _____	_____ Euro jährlich

Fragen 1–6 bitte
zusätzlich immer
beantworten, wenn
BU beantragt ist**1. Zum
BU-Schutz**

**2. Zur
Gesundheit
Größe/Gewicht**

7. Haben Sie gleichzeitig weitere Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen auf Ihr Leben beantragt? nein ja
Bei welcher Gesellschaft und in welcher Höhe?

**Krankheiten/
Unfallfolgen
in den letzten
5 Jahren**

8. Wie groß und wie schwer sind Sie? cm kg

9. Sind oder waren Sie in den letzten **5 Jahren** in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psycho- oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten wegen Krankheiten oder Unfallfolgen

- a) des **Herzens**, des **Kreislaufs** oder der **Blutgefäße** (z. B. erhöhter Blutdruck, Schmerzen in der Herzgegend, Migräne, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzkranzgefäße, Durchblutungsstörungen, Venenleiden)? nein ja
- b) der **Atmungsorgane** (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Kehlkopferkrankung)? nein ja
- c) des **Magens**, der **Speiseröhre**, des **Darms**, der **Leber**, der **Bauchspeicheldrüse**, der **Galle**, der **Milz** (z. B. Magengeschwür, Entzündungen, erhöhte Leberwerte)? nein ja
- d) der **Nieren** und **Harnwege**, der **Blase**, der **Geschlechtsorgane**, der **Prostata**, der **Brust** (z. B. Steinleiden, Zysten, Entzündungen)? nein ja
- e) des **Stoffwechsels**, der **Schilddrüse** (z. B. Diabetes/Zucker, erhöhter Blutzucker, erhöhtes Cholesterin, Gicht)? nein ja
- f) des **Blutes** oder **Tumorerkrankungen** (z. B. Anämie, Leukämie, Krebs, Lymphknoten)? nein ja
- g) **Bindegewebs-** oder entzündliche **Gelenkerkrankungen** (z. B. Rheumatismus, Arthritis, Bechterew, Leistenbruch)? nein ja
- h) **Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten** (z. B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose)? nein ja
- i) der **Psyche**, des **Gehirns**, des **Nervensystems** (z. B. Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Psychotherapien, Bulimie, Essstörungen, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Lähmungen, Schlaganfall)? nein ja
- j) der **Augen** (z. B. Fehlsichtigkeit, grauer/grüner Star, erhöhter Augendruck, Sehstörungen, Netzhautablösung)? nein ja
Wenn Sie fehlsichtig sind, nennen Sie uns bitte Ihre Dioptrienzahlen: links rechts
- k) der **Ohren/Sinnesorgane** (z. B. Ohrengeräusche, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, verminderter Geschmacks- oder Geruchssinn)? nein ja
- l) des **Rückens**, der **Wirbelsäule** und **Bandscheiben** (z. B. Skoliose, HWS-/BWS-/LWS-Syndrom, Rücken-/Nackenschmerzen, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Ischias)? nein ja
- m) des **Bewegungsapparates**, der **Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder** und **Sehnen** (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Bänder- oder Meniskusschäden)? nein ja
- n) der **Haut** oder **Allergien** (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Heuschnupfen, Hausstaub-/Medikamenten-/Insektenallergie)? nein ja
- o) aufgrund des Konsums von Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamenten? nein ja

Ergänzende Informationen, wenn eine oder mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet wurden:

Zu Frage	Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf?	Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen?	Zeitraum von – bis	Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten

**Stationäre
Behandlungen
in den letzten
10 Jahren**

10. Wurden Sie in den letzten **10 Jahren stationär** behandelt (auch Reha-Maßnahmen, Kuren, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-/Chemotherapie)? nein ja

Ergänzende Informationen, wenn die Frage mit „ja“ beantwortet wurde:

Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf?	Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen?	Zeitraum von – bis	Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten

**Aktueller
Gesundheits-
stand**

11. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? **Wenn „ja“:** Wann? nein ja

12. Besteht eine Behinderung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? **Bitte Rentenbescheid zur Einsicht beifügen!** nein ja

Diagnose/Art der Behinderung/Bestehend seit?	GdB, Grad der MdE, WDB in %	Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten

Wenn „ja“: Welche?

**Gefahren in
der Freizeit**

13. Sind Sie Gefahren in der Freizeit ausgesetzt (z. B. Berg-, Flug-, Kampf-, Motor-, Wildwassersport, Fallschirmspringen, Wettfahrten, Tauchen)? nein ja

Wenn „ja“: Welchen?

**Auslands-
aufenthalt**

14. Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder Aufenthalte in Krisengebieten vorgesehen? nein ja

Wenn „ja“: Wohin? beruflich privat Zeitraum:

Liegen noch weitere Anlagen bei? Ja, Seiten **Wurde eine ärztliche Untersuchung veranlasst?** nein ja

Erklärung	Der/die Antragsteller/in und die zu versichernde Person versichern, dass sie die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet haben.	
Einwilligungserklärung	Der/die Antragsteller/in und die zu versichernde Person geben die umseitig abgedruckten Einwilligungserklärungen zur Datenverarbeitung nach dem Bundesdatenschutzgesetz und zur Schweigepflichtentbindung ab.	
Wichtig	Dieser Antrag mit dem entsprechenden Versorgungsvorschlag und dem Technikblatt wird Bestandteil des Versicherungsvertrages.	
Widerrufsrecht	Die Widerrufsbelehrung entnehmen Sie bitte den umseitig abgedruckten wichtigen Informationen. Sie stimmen zu, dass der Versicherungsschutz zu Ihrem Vertrag bereits vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.	
Unterschriften	Vermittler Stempel/Unterschrift des Antragstellers (Arbeitgeber)	Ort/Datum Unterschrift des zu Versichernden (Arbeitnehmer) Ggfs. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Bestätigung des Dokumentenerhalts	Ich habe die „Übersicht zu den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag“ und alle dort aufgelisteten Unterlagen <input type="checkbox"/> elektronisch <input type="checkbox"/> per Datenträger <input type="checkbox"/> in Papierform erhalten. Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers
--	---	---------------------------------

Widerrufsrecht für den Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Sie können Ihre Annahmeerklärung innerhalb von 30 Tagen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Pro bAV Pensionskasse AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln.

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Sollten Sie einen Einmalbeitrag geleistet oder abgekürzte Beitragszahlung vereinbart haben, wird dieser Einmalbeitrag bzw. der gesamte Beitrag bei gekürzter Beitragszahlung auf die Vertragslaufzeit hochgerechnet und daraus der entsprechende Tagessatz für die Tage, an denen Versicherungsschutz bestand, gebildet.

Einen etwaigen Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus, soweit ein solcher bis zum Zugang Ihrer Widerrufserklärung entstanden sein sollte. Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Genetest

Den Vertragsabschluss machen wir nicht von der Durchführung eines genetischen Tests abhängig. Bereits vorliegende Befunde müssen erst ab einer Gesamtversicherungssumme von 300.000 Euro bzw. BU-Gesamtjahresrente von 30.000 Euro offengelegt werden. Unter einem genetischen Test verstehen wir sowohl die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf Veränderungen, aus denen die Veranlagung für bestimmte spätere Erkrankungen hervorgeht (prädiktiver Genetest) als auch Untersuchungen des Erbmaterials, die zur Abklärung von Krankheiten durchgeführt werden (diagnostischer Genetest).

Besonderer Hinweis zum § 3 Nr. 63 EStG

Nach § 3 Nr. 63 EStG sind Beiträge des Arbeitgebers aus einem ersten Dienstverhältnis an eine Pensionskasse, Direktversicherung oder Pensionsfonds von bis zu 4% der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (West) p. a. steuerfrei. Für Neuzusagen ab dem 01.01.2005 erhöht sich der steuerfreie Rahmen um einen zusätzlichen Festbetrag von max. 1.800 EUR p. a., sofern nicht gleichzeitig die Lohnsteuer-Pauschalierung nach § 40 b EStG in Anspruch genommen wird. Die Regelungen des § 3 Nr. 63 EStG gelten auch für Zusagen im Rahmen einer Entgeltumwandlung. Bei der hier beantragten Versicherung gehen wir davon aus, dass die Beiträge in vollem Umfang nach § 3 Nr. 63 EStG steuerlich gefördert werden.

Sonstige wichtige Hinweise

Bei einer Pensionskassenversicherung im Wege der Entgeltumwandlung ist zusätzlich eine arbeitsrechtliche Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer über die Umwandlung von Arbeitsentgelt in Versicherungsschutz zu treffen.

Bei Pensionskassenversicherungen ist der Arbeitgeber Versicherungsnehmer und damit Inhaber der versicherungsvertraglichen Gestaltungsrechte. Er kann z. B. den Vertrag unter Einhaltung der versicherungsvertraglichen Fristen kündigen.

Eine Abtretung oder Beleihung ist generell nicht möglich.

Gemäß § 4 a BetrAVG hat der Versicherte bei einem berechtigten Interesse Auskunftsanspruch über die Höhe der Versicherungsleistung.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

Gesellschaftsangaben

Pro bAV Pensionskasse AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 51172 Köln

Internet: www.probav.de

Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 39878

USt-Ident-Nr. DE 122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Thomas Gerber;

Vorstand: Rainald Meyer, Dr. Peter Julius

Vermögensverwaltung auf Fondsbasis

Sie können einen der nachstehenden Dachfonds wählen:

APO Forte INKA (WKN 532431 / ISIN DE0005324313)

Das Anlageziel des Sondervermögens ist ein möglichst hohes langfristiges Kapitalwachstum. Den erhöhten Chancen steht hierbei je nach Marktlage ein erhöhtes Risiko gegenüber (wachstumsorientiert).
(Verwaltungsvergütung z. Z.: 1,50% p. a.)

APO Mezzo INKA (WKN 532430 / ISIN DE0005324305)

Das Anlageziel des Sondervermögens ist ein möglichst stetiges Wachstum, verbunden mit regelmäßigen Erträgen unter Inkaufnahme begrenzter Risiken (ausgewogen).
(Verwaltungsvergütung z. Z.: 1,25% p. a.)

Wichtige Informationen

Chancen und Risiken der Fondsanlage

Je größer die Ertragschancen einer Fondsanlage, desto größer sind in aller Regel auch die Risiken. Unvorhersehbare Schwankungen an den Finanzmärkten können die Wertentwicklung beeinträchtigen.

Bei Fonds mit festverzinslichen Wertpapieren führen sinkende Zinsen zu Kursgewinnen, steigende Zinsen zu Kursverlusten. Aktienfonds bieten bei günstigen Wirtschaftsprognosen Chancen für steigende Erträge und Kurse. Sie führen hingegen bei ungünstigen Konjunkturaussichten und Börsensituationen zu sinkenden Erträgen und fallenden Kursen. Fonds mit Anlagen außerhalb der europäischen Währungsunion bieten aufgrund von Währungsschwankungen noch zusätzliche Chancen, allerdings auch zusätzliche Risiken. Trotz der langjährigen Erfahrung der Anlageexperten ist eine sichere Prognose über die zukünftige Entwicklung des Ergebnisses der Kapitalanlagealternativen nicht möglich. Auch professionell betreute Kapitalanlagen können sich dem Einfluss der Märkte nur bedingt entziehen. So kann es vorkommen, dass trotz aller Sorgfalt der Anlageexperten aufgrund von Kursverlusten bei Rentenbeginn der Investmentrente oder bei vorzeitiger Inanspruchnahme der Versicherungsleistung weniger Kapital zur Verrentung zur Verfügung steht als Sie an Beiträgen einbezahlt haben.

Verwaltungsvergütung

Die Kapitalanlagegesellschaften können die Verwaltungsvergütung innerhalb der gesetzlichen Vorschriften erhöhen oder senken, ohne dass dies von uns beeinflusst werden kann. Bitte beachten Sie, dass die Verwaltungsvergütung unmittelbar zu Lasten des Wertes der Fondsanteile geht, da die Verwaltungsvergütung mit Mitteln des Sondervermögens beglichen wird. Wegen weiterer Einzelheiten verweisen wir auf die aktuellen Verkaufsprospekte der Kapitalanlagegesellschaften, die wir Ihnen auf Anforderung gerne zur Verfügung stellen.

Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

§ 1 Welchen Umfang hat unsere Leistung aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle gemäß den Absätzen 2 bis 4, die aus einem Unfall resultieren, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

a) ein Gelenk verrenkt wird oder

b) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

(2) Ist eine Todesfallleistung vorgesehen und verstirbt die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag, zahlen wir die für den Todesfall vorgesehene Versicherungsleistung, höchstens jedoch 100.000 Euro. Tritt der Tod vor Vollendung des 7. Lebensjahres der versicherten Person ein, kann die Versicherungsleistung auf den im Versorgungsvorschlag bzw. im Versicherungsschein unter „Versicherung auf das Leben von Kindern“ genannten Höchstbetrag begrenzt sein.

In der Basisversorgung wird eine Todesfallleistung nur an berechnete Hinterbliebene erbracht, und zwar in Form einer Rente (§ 10 Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe b) EStG). Sind keine berechtigten Hinterbliebenen vorhanden, endet der vorläufige Versicherungsschutz bei Tod, ohne dass eine Leistung erbracht wird.

(3) Ist eine Hinterbliebenen- und Waisenrenten-Zusatzversicherung vorgesehen, zahlen wir die vorgesehenen Renten, wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes stirbt, höchstens jedoch insgesamt 12.000 Euro jährlich.

(4) Ist eine Berufsunfähigkeitsabsicherung vorgesehen und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine Beeinträchtigung der Berufsfähigkeit der versicherten Person in Höhe von mindestens 50% ein und wird uns diese Berufsunfähigkeit innerhalb von 3 Monaten nach ihrem Eintritt angezeigt, zahlen wir die vorgesehene Berufsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch 12.000 Euro jährlich.

Die im Rahmen einer Berufsunfähigkeitsabsicherung darüber hinaus vorgesehene Beitragsbefreiung gewähren wir nur, wenn der Versicherungsvertrag zustande kommt. Die Beitragsbefreiung ist begrenzt auf einen Höchstbetrag von 6.000 Euro jährlich.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Beeinträchtigung der Berufsfähigkeit unter 50% sinkt. Die Leistungen aus der Beitragsbefreiung enden ferner mit Wegfall des Vertrages.

Vorgenannte Höchstbeträge gelten auch bei einer Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit.

(5) Besteht für eine Person bei uns oder einem mit uns im Sinne von § 15 Aktiengesetz verbundenen Unternehmen mehrfach vorläufiger Versicherungsschutz, gelten die Höchstbeträge in den Absätzen 2 bis 4 für sämtliche vorläufigen Versicherungsschutzverhältnisse zusammen.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen haben Sie vorläufigen Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- die Versicherung, die Sie beantragt oder für die Sie die Abgabe eines Vertragsangebotes beantragt haben, spätestens 2 Monate nach Unterzeichnung des Antrages beginnen soll,
- Sie uns für den Fall des Zustandekommens des Versicherungsvertrages eine Lastschriftermächtigung für den Beitragseinzug erteilt haben und
- die zu versichernde Person bei Antragstellung das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Haben Sie oder die versicherte Person Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind, nicht oder nicht richtig angegeben, sind wir berechtigt, von unserer Zusage des vorläufigen Versicherungsschutzes zurückzutreten und/oder diese Zusage anzufechten.

§ 3 Wann beginnt und endet Ihr vorläufiger Versicherungsschutz?

Ihr vorläufiger Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht, spätestens jedoch am 3. Tag nach Aushändigung des Antrags an den Vermittler.

Ihr vorläufiger Versicherungsschutz endet

- mit dem Beginn des Versicherungsschutzes aus der Versicherung, die Sie beantragt bzw. für die Sie die Abgabe eines Vertragsangebotes beantragt haben, oder
- mit unserer Ablehnung Ihres Antrages oder, wenn Sie unser Vertragsangebot nicht binnen der Ihnen gesetzten Frist annehmen oder
- mit unserem Rücktritt vom Versicherungsvertrag gem. § 37 VVG bei Nichtzahlung des Einlösungsbeitrages (ersten Versicherungsbeitrages).

Der vorläufige Versicherungsschutz endet auch, wenn Sie die uns erteilte Lastschriftermächtigung widerrufen.

Üben Sie Ihr Widerrufsrecht aus, fechten Sie Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages an oder nehmen Sie Ihren Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes zurück, endet der vorläufige Versicherungsschutz mit Ablauf des Tages, an dem die diesbezügliche Erklärung bei uns eingeht.

§ 4 Was ist nach einem Unfall zu beachten?

(1) Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

(2) Die von uns übersandte Anzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden. Von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

Die versicherte Person hat Ärzte, Angehörige von nichtärztlichen Heilberufen, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen sie in den letzten 10 Jahren vor Antragsstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, oder die von uns geforderten Auskünfte selbst zu besorgen und uns zur Verfügung zu stellen.

(3) Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

(4) Bis zur Vorlage der von uns geforderten Auskünfte und Nachweise können wir Versicherungsleistungen zurückbehalten. Dies gilt auch, wenn wir aufgrund Widerrufs oder Einschränkung der uns erteilten Schweigepflichtbindung und/oder Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung gehindert sind, Art und Umfang unserer Leistungspflicht zu prüfen.

§ 5 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle, die infolge von Erkrankungen, Unfällen, Verletzungen oder Vergiftungen eintreten, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen der Versicherungsnehmer oder die zu versichernde Person vor Antragstellung Kenntnis hatte. Dies gilt auch, wenn diese Erkrankungen, Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen im Antrag angegeben wurden. Der Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die vorgenannten gesundheitlichen Umstände für den Eintritt des Versicherungsfalles lediglich mitursächlich geworden sind.

(2) Unsere Leistungspflicht ist zudem in allen Fällen ausgeschlossen, in denen die Bedingungen der Versicherung, die Sie beantragt oder für die Sie die Abgabe eines Vertragsangebots beantragt haben, einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen, Einschränkungen oder Ausschlüsse enthalten, z.B. bei Kriegereignissen oder dem Einsatz von ABC-Waffen/-Stoffen.

§ 6 Welche Abzüge können wir im Leistungsfall vornehmen?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Uns steht aber ein Entgelt zu, wenn wir Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes erbringen. Dieses Entgelt entspricht dem Einlösungsbeitrag.

Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstleistungen gemäß § 1 Absätze 2 bis 4. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur vorgesehenen Versicherung?

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen der Versicherung, die Sie beantragt oder für die Sie die Abgabe eines Vertragsangebotes beantragt haben, einschließlich der Bedingungen für die ggf. mit beantragten Zusatzversicherungen, auch auf den vorläufigen Versicherungsschutz Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

(2) Von Ihnen verfügte Bezugsrechte gelten auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Einwilligungserklärung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.)

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Diese dürfen wir im Regelfall nur verwenden, nachdem Sie hierin ausdrücklich eingewilligt haben. (Vgl. dazu Ziffer III.)

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies lässt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustandekommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
b) zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;
3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur AXA Gruppe gehörenden Unternehmen (zu denen auch die DBV Winterthur Gesellschaften zählen und die im Internet unter www.AXA.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
5. durch andere Unternehmen/Personen (Dienstleister) innerhalb und außerhalb der AXA Gruppe, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung konzeptioneller Datenbestände sowie Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag der Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen;

7. zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch
 - a) den Versicherer, andere Unternehmen der AXA Gruppe und den für mich zuständigen Vermittler;
 - b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.AXA.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden); soweit aufgrund von Kooperationen mit Gewerkschaften/Vereinen Vorteilsbedingungen gewährt werden, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft besteht, mit den Gewerkschaften/Vereinen einen Datenabgleich vornimmt;
8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunftei (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);
9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunftei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Schweigepflichtentbindung

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

Auch zur Bewertung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich werden, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder Liquidation).

Um diese Prüfung und Bewertung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärung ab:

- a) Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.
- b) Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst worden ist, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zum Ablauf von 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
- c) Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht die unter a) genannten Personen und Institute, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren.
- d) Die Angehörigen des Versicherers und seiner Dienstleistungsgesellschaften befreie ich von ihrer Schweigepflicht insoweit, als Gesundheitsdaten an beratende Ärzte oder Gutachter weitergegeben werden.

Wir werden Gesundheitsdaten nach den Absätzen a), b) und c) nur erheben, nachdem wir Sie darauf hingewiesen haben, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Auch können Sie jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn Sie in die einzelne Erhebung jeweils eingewilligt haben. Hierdurch bleibt aber die Verpflichtung, die für Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Leistungspflichtprüfung erforderlichen Nachweise zu erbringen, unberührt. Auch muss damit gerechnet werden, dass sich unsere Prüfung, ob und in welcher Höhe wir Leistungen zu erbringen haben, verzögert.

Datenverwendung

Um die Datenverwendung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärungen ab:

- a) Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.
- b) Ich willige ferner ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (Risikoprüfung und Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing an Dienstleister), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen.

Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

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

Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antragsformular gestellten beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie und/oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt haben.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, 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.

Treten wir vom Vertrag zurück, 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 Rückkaufwertes.

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 Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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 hin 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 ausüben. 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.

Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung können wir uns nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung können wir innerhalb von fünf Jahren und, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt wurde, innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind, können wir unsere Rechte ohne diese zeitliche Beschränkung ausüben.

Haben Sie bzw. die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsanpassung. Wurde die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

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 sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, können Sie sich nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.