

Angebotsanfrage für eine Skandia Dread Disease Versicherung nach Tarif DDB08 oder DDK08

Mit diesem Formular können Sie die Skandia Lebensversicherung AG auffordern, Ihnen anhand der nachfolgenden Angaben und gewünschten Leistungen ein verbindliches Angebot für eine Dread Disease Versicherung zu unterbreiten (Angebotsanfrage). Die Angebotsanfrage stellt für Sie keinen rechtlich bindenden Antrag dar – Sie können das Ihnen zu unterbreitende Angebot annehmen, sind hierzu aber nicht verpflichtet. Bitte füllen Sie die relevanten Felder in DRUCKBUCHSTABEN aus bzw. kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an. Bitte beachten Sie, dass sämtliche Formulierungen in diesem Dokument grundsätzlich beide Geschlechter umfassen. Nähere Erläuterungen zu den Punkten 1 bis 6 finden Sie auf Seite 6 dieses Dokuments.

1 Versicherungsinteressent
(Versicherungsnehmer)

Herr Frau Firma Bereits Kunde Ja Versicherungs-Nr. Nichtraucher Ja Nein
 Titel Name Vorname Geburtsdatum
 Familienstand Geburtsname Geburtsort
 Straße/Haus-Nr. Staatsangehörigkeit
 PLZ Wohnort Berufliche Tätigkeit
 Telefon E-Mail Branche

2 Zu versichernde Person
(wenn abweichend vom Versicherungsinteressenten)

Herr Frau Bereits Kunde Ja Versicherungs-Nr. Nichtraucher Ja Nein
 Titel Name Vorname Geburtsdatum
 Familienstand Geburtsname Geburtsort
 Straße/Haus-Nr. Staatsangehörigkeit
 PLZ Wohnort Berufliche Tätigkeit
 Telefon E-Mail Branche

Nach dem Tod des Versicherungsnehmers soll an seiner Stelle die Versicherte Person aus der Versicherung berechtigt und verpflichtet werden.

3 Leistungen der Versicherung

Leistung bei Eintritt einer versicherten schweren Erkrankung:
 Die für den Fall der schweren Erkrankung vereinbarte Versicherungssumme wird grundsätzlich als Einmalzahlung an die für diesen Fall bezugsberechtigte Person (Punkt 4) ausgezahlt. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem gewählten Tarif DDB08 oder DDK08

Tarif DDB08 (Basisvariante) DDK08 (Komfortvariante) Versicherungssumme für schwere Erkrankungen EUR (max. 4.000.000 EUR)

Leistung bei Tod:
 Die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme wird grundsätzlich als Einmalzahlung an die für diesen Fall bezugsberechtigte Person (Punkt 4) ausgezahlt.

Versicherungssumme für den Todesfall % der Versicherungssumme für schwere Erkrankungen **ODER** EUR (mind. 1.500 EUR)
 (5 % bis 100 % sind möglich)

4 Empfänger der Versicherungsleistungen

Für die Skandia Dread Disease Versicherung können für den Todesfall sowie für den Erlebensfall (Fall des Eintritts einer versicherten schweren Erkrankung, eines ggf. versicherten schweren Unfalls oder ggf. bei Erleben des Ablaufs der Versicherungsdauer) verschiedene Bezugsrechte vereinbart werden:

Bezugsrecht im Erlebensfall: Versicherungsnehmer
 (bei Eintritt einer vers. schweren Erkrankung, eines ggf. vers. schweren Unfalls oder bei einer ggf. anfallenden Leistung bei Ablauf)

Bezugsrecht im Todesfall:
 Name Vorname Geschlecht m w Geburtsdatum
 Es sollen andere oder weitere Bezugsberechtigte benannt werden. Ein separates, zusätzlich vom Versicherungsinteressenten unterschriebenes Blatt wird beigelegt.

5 Weitere technische Daten, Zahlungsweg und Erklärung nach dem Geldwäschegesetz
 (Sofern der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine Personengesellschaft ist, bitte anstelle der Angaben zu Punkt 5 in diesem Formular das Beiblatt 30 FO zur Identifizierung juristischer Personen / Personengesellschaften ausfüllen.)

Versicherungsbeginn Versicherungsdauer (entspricht der Beitragszahlungsdauer) Jahre (5 bis 60 Jahre sind möglich)

Verwendung der Überschussanteile
 Beitragsverrechnung
 Anlage in Investmentfonds mit dieser prozentualen Aufteilung (Anteil je Fonds mind. 10 %, insgesamt 100 %):
 1. Templeton Growth Euro A Acc % 2. Fidelity Funds - Euro Bond A %

Beitrag
 Tarifbeitrag EUR Zahlbeitrag EUR Beitragsgaranziezeit 5 Jahre Davon abweichend wird gewünscht: Jahre (6 bis 10 Jahre sind möglich)
 monatlich Davon abweichend wird gewünscht: vierteljährlich halbjährlich jährlich

Feststellung des wirtschaftlichen Eigentümers
 Erfolgen der Vertragsschluss und damit zusammenhängende Zahlungen auf eigene Veranlassung?
 Ja, erfolgt auf eigene Veranlassung Nein, erfolgt auf Veranlassung folgender Person:
 Name Vorname
 Straße/Haus-Nr. PLZ Wohnort
 Ausweisart (z.B. Personalausweis, Reisepass) Ausweis-Nr. Ausstellende Behörde

Die Identitätsüberprüfung der Person, auf deren Veranlassung hin der Vertragsschluss und damit zusammenhängende Zahlungen vorgenommen werden, erfolgte unter Anwesenheit der zu identifizierenden Person und Vorlage eines gültigen Originalausweises durch den Vermittler.

Zahlungsweg

X Einzugsermächtigung (Lastschrift)

Wenn ich das mir zu unterbreitende Angebot annehme, wird die Skandia Lebensversicherung AG ermächtigt, die Beiträge von dem nachstehenden Konto einzuziehen.

Kontonummer, Bankleitzahl, Kreditinstitut, Kontoinhaber (wenn abweichend vom Versicherungsinteressenten)

Identitätsüberprüfung

Weicht der Kontoinhaber vom Versicherungsinteressenten ab (Lastschrift) oder sollen die künftigen Beiträge überwiesen werden (Überweisung), bitte folgende zusätzliche Angaben zur Identitätsüberprüfung des Versicherungsinteressenten machen:

Ausweisart (z.B. Personalausweis, Reisepass), Ausweis-Nr., Ausstellende Behörde

Die Identitätsüberprüfung erfolgte unter Anwesenheit des Versicherungsinteressenten und Vorlage eines gültigen Originalausweises durch den Vermittler.

6

Dynamik

Ich wünsche die jährliche Erhöhung der Tarifbeiträge um diesen festen Prozentsatz des Vorjahrestarifbeitrags: % (5%–10% sind möglich)

7 Fragen an die zu versichernde Person zu beruflichen, gesundheitlichen und besonderen Gegebenheiten bzw. Gefährdungen

Um das von uns zu übernehmende Versicherungsrisiko beurteilen zu können, fragen wir Sie nachfolgend nach allen Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Reicht der vorgesehene Platz für die Beantwortung der Fragen nicht aus, bitten wir Sie die zusätzlichen Angaben auf einem gesonderten Blatt vorzunehmen und mit Unterschrift der zu versichernden Person und Datum bei uns einzureichen.

Wichtige Hinweise zu Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht:

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. Anzugeben sind hierbei auch solche Umstände, denen Sie möglicherweise keine oder nur eine geringe Bedeutung beimessen oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Skandia Lebensversicherung AG schriftlich nachzutragen.

Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht:

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Die Folgen, die sich aus der Verletzung einer Anzeigepflicht ergeben, weisen wir Ihnen gemäß § 19 Abs. 5 VVG in dem gesonderten Hinweisblatt „Belehrung über die Folgen einer Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten“ aus. Wir bitten Sie, die hierin enthaltenen Hinweise vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen genau durchzulesen.

Wir weisen darauf hin, dass wir weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen. Auch verlangen wir weder die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen, noch verwenden wir diese. Wir bitten Sie uns derartige Ergebnisse oder Daten auch nicht zuzusenden. Dies gilt nicht, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder eine Jahresrente von mehr als 30.000 EUR vereinbart wird. In diesem Fall müssen Sie uns auch die Ergebnisse oder Daten bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen mitteilen, selbst wenn diese alleine zu dem Zweck erfolgt sind, die persönliche Disposition für eine möglicherweise zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären.

Unabhängig von diesen Grenzen gelten aber in jedem Fall die vorvertraglichen Anzeigepflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Diese bestehen somit auch für solche Vorerkrankungen oder Erkrankungen, die genetische Ursachen haben und/oder im Rahmen einer genetischen Untersuchung oder Analyse diagnostiziert wurden.

1. Fragen an die zu versichernde Person bezüglich besonderer Gefährdungen und Gegebenheiten:

1.1 Haben Sie derzeit beruflich... 1.2 Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt... 1.3 Üben Sie eine oder mehrere Sportarten aus? 1.4 Nehmen Sie an sportlichen Wettkämpfen/Wettbewerben teil? 1.5 Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU, Australiens, Islands, Kanadas, Liechtensteins, Neuseelands, Norwegens, der Schweiz oder USA von insgesamt mehr als 12 Wochen?

2. Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der derzeitigen gesundheitlichen Gegebenheiten:

2.1 Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße? 2.2 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeife geraucht? 2.3 Sind Sie Nichtraucher? 2.4 Trinken Sie regelmäßig Alkohol und/oder nehmen Sie Drogen? 2.5 Nehmen Sie Medikamente? 2.6 Werden Sie wegen Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmissbrauchs bzw. dessen Folgen ärztlich beraten oder behandelt? 2.7 Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen? 2.8 Bestehen bei Ihnen Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Beantragung oder Anerkennung einer Erwerbsminderung bzw. Behinderteneigenschaft (MdE/GdB)?

- 2.9 Besteht bei Ihnen eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? Nein Ja Wenn ja, seit wann, warum? _____
- 2.10 Wurde bei Ihnen eine Pflegestufe beantragt oder anerkannt? Nein Ja Wenn ja, welche Pflegestufe: _____ (I, II, III)
 beantragt anerkannt seit _____
- 2.11 **Liegt bei Ihnen ein positiver Test** auf HIV-Infektion, Hepatitis B oder Hepatitis C vor oder **warten Sie noch** auf das Testergebnis? Nein Ja Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben:
 HIV-Infektion Hepatitis B Hepatitis C
 pos. Testergebnis liegt vor Testergebnis wird erwartet
- 2.12 Sind derzeit noch Untersuchungen, Behandlungen, Operationen etc. angedenkt oder stehen noch Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen aus? Nein Ja Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

3. Fragen an die zu versichernde Person bezüglich innerhalb der letzten 5 Jahre gestellter Lebensversicherungsanträge:

- 3.1 Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre von Ihnen nachfolgende Versicherungen beantragt und nur zu nicht normalen Bedingungen (z.B. mit Risiko-Zuschlag, Ausschlussklausel) angenommen oder angeboten, abgelehnt, zurückgestellt oder wurde über solche Anträge noch nicht entschieden? Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben:
 Der Antrag bei Gesellschaft _____
 über eine versicherte Summe/Rente von _____ EUR
 wurde im Jahr _____ abgelehnt.
 zu nicht normalen Bedingungen (z.B. mit Zuschlag, Klausel) angenommen.
 zurückgestellt für _____ Jahre.
 über den Antrag wurde noch nicht abschließend entschieden.
- Versicherung auf Ihr Leben Nein Ja
 - Versicherung gegen Berufsunfähigkeit Nein Ja
 - Versicherung gegen Erwerbsunfähigkeit Nein Ja
 - Versicherung gegen schwere Erkrankungen (Dread Disease) Nein Ja

Zu den nachfolgenden Fragenbereichen 4 und 5 nennen Sie uns bitte die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie Ihr jeweiliges Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes. Dazu zählen auch Umstände, denen Sie möglicherweise keine oder nur eine geringe Bedeutung beimessen oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen.

Der Zeitraum, auf den sich die Fragen der Fragenbereiche 4 und 5 beziehen, beträgt **10 Jahre in den Fragen 4.1 – 4.2** und **5 Jahre in den Fragen 5.1 – 5.2**. Uns ist bewusst, dass es für Sie schwierig werden kann, über solche Zeiträume Aussagen zu treffen. Bitte nutzen Sie deshalb alle Ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, sich vor und bei der Beantwortung der Fragen über die jeweilige Gesundheitslage sachgerecht zu informieren, z. B. auch durch Rückfrage bei Ihrem Hausarzt oder bei anderen Sie behandelnden Personen.

Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Die Beispiele umfassen dabei nicht abschließend alle möglichen Erkrankungskonzepte aus dem jeweiligen Antwortbereich. Bitte machen Sie auch solche Angaben, die nicht in der jeweiligen beispielhaften Aufzählung genannt werden.

Wichtig für uns sind nähere Einzelheiten zur Krankheitsbezeichnung, zu aufgetretenen Beschwerden und Folgen, zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten und, soweit bekannt/vorhanden, zu Untersuchungsergebnissen sowie detaillierte Angaben zu den verordneten Medikamenten (Name, Dosis), eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen. Bitte geben Sie uns zusätzlich immer Name und Adresse des jeweiligen Behandlers (z.B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut) an.

4. Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 10 Jahre:

* Die hier genannten Beispiele umfassen nicht abschließend alle möglichen Erkrankungskonzepte aus dem Fragen-/Antwortbereich 4.

- 4.1 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren **stationär oder psychotherapeutisch** beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen im Zusammenhang mit: Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- den Folgen von Alkohol- oder Drogenkonsum? Nein Ja
 - einem Suizidversuch? Nein Ja
 - Erkrankungen oder Störungen der Psyche? Nein Ja
*Hierzu gehören u.a. Depressionen, Neurosen, Phobien, Panikattacken, Angstzustände, Somatisierungsstörungen, Belastungsreaktion, Essstörungen, Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom.**
- 4.2 Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium **stationär** aufgehalten oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen? Nein Ja Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

5. Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 5 Jahre:

* Die hier genannten Beispiele umfassen nicht abschließend alle möglichen Erkrankungskonzepte aus dem Fragen-/Antwortbereich 5.

- 5.1 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen? Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- des Herzens oder der Kreislauforgane?
*Hierzu gehören u.a. Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Schwindel, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen.**
 Nein Ja _____
 - der Atmungsorgane?
*Hierzu gehören u.a. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Atemstörungen, allergische Atemwegserkrankungen.**
 Nein Ja _____
 - der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse?
*Hierzu gehören u.a. Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis, Veränderung der Leberwerte, Gelbsucht, Gallensteine, Pankreatitis.**
 Nein Ja _____
 - der Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane?
*Hierzu gehören u.a. Nierensteine, -entzündung, -versagen, Zystenniere, Blut o. Eiweiß im Urin, Harnwegs-, Blasen-, Gebärmutter-, Eierstockentzündung, verdächtige Befunde der letzten gynäkologischen Vorsorge (Abstrich, Brustuntersuchung), Prostataveränderungen.**
 Nein Ja _____

Weiter zu 5.1

- der Haut?
*Hierzu gehören u.a. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen, Basaliom, Melanom.**
- des Bewegungsapparates, also der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder?
*Hierzu gehören u.a. Bewegungseinschränkungen, chronische Schmerzen, Rheuma, Fibromyalgie, Wirbelsäulenprobleme (Schleudertrauma, Skoliose, Scheuermann, Verkrümmung, Bandscheibenvorfall), Knochenbrüche, Gelenkprobleme (Arthrose, Arthritis, Verschleiß).**
- des Gehirns oder des Nervensystems?
*Hierzu gehören u.a. Anfallsleiden/Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Migräne, Kopfschmerzen.**
- der Augen?
*Hierzu gehören u.a. Einschränkung der Sehfähigkeit, des Gesichtsfeldes, Doppelbilder, Netzhautablösungen, Maculadegeneration, Kurzsichtigkeit/Weitsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen oder andere Fehlsichtigkeiten, Laserung der Netzhaut, Horn- oder Netzhauterkrankung, Starkerkrankung/Grüner Star und oder grauer Star, Erhöhung des Augendrucks (Glaukom).**
- der Ohren?
*Hierzu gehören u.a. Schwerhörigkeit, Hörminderung, Hörsturz, Ohrgeräusche/ Tinnitus/ Lärmschaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen.**
- des Blutes, der blutbildenden und lymphatischen Organe (Milz)?
*Hierzu gehören u.a. Blutarmut, Anämien.**
- des Magens, des Darms oder der Speiseröhre?
*Hierzu gehören u.a. Magenschleimhautentzündung/Gastritis, Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür, Magenblutung, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn, Blut im Stuhl, Refluxösophagitis.**
- des Stoffwechsels?
*Hierzu gehören u.a. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus, Harnsäureerhöhung, Gicht, Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin, Triglyceride), Schilddrüsenerkrankungen (Überfunktion, Unterfunktion).**
- bezüglich Autoimmunerkrankungen?
*Hierzu gehören u.a. Morbus Bechterew, Lupus erythematoses, Raynaud-Syndrom.**
- bezüglich Infektionen, Tropen-, Geschlechtskrankheiten?
*Hierzu gehören u.a. Tripper, Syphilis, TBC, Malaria.**
- bezüglich gut- oder bösartiger Tumore, Geschwulste, Polypen?
*Hierzu gehören u.a. Krebs aller Organe, Lipom, Fibrom, Ganglion.**

Nein Ja _____

Nein Ja _____

Nein Ja _____

Nein Ja _____

Nein Ja _____

Nein Ja _____

Nein Ja _____

5.2 Bestehen zu den unter 5.1 angegebenen Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen derzeit noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Die folgenden Fragen 6 und 7 sind bitte zusätzlich ab einer beantragten Versicherungssumme für schwere Erkrankungen von mehr als 50.000 EUR zu beantworten.

6. Frage an die zu versichernde Person bezüglich der Familienanamnese:

6.1 Sind bei Ihren Eltern oder Geschwistern vor dem Alter von 65 Jahren Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfall, Krebs, Zuckerkrankheit, Alzheimer, Parkinson, Multiple Sklerose oder andere Erbkrankheiten vorgekommen?

Nein Ja Wenn ja, welche ? (bei Krebs bitte auch Angabe der Art)

Bei wem (Verwandtschaftsverhältnis) und in welchem Alter? _____

7. Frage an die zu versichernde Person bezüglich bestehender Versicherungen und Versorgungen:

7.1 Bestehen für Sie bereits Absicherungen und/oder Versicherungen auf Ihr Leben, gegen Berufsunfähigkeit, gegen Erwerbsunfähigkeit, gegen Dienstunfähigkeit und/oder gegen schwere Erkrankungen (Dread Disease) bei anderen Versicherungsgesellschaften oder Versorgungseinrichtungen?

Nein Ja Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben zur Höhe der jeweiligen Ansprüche:

gegen Berufsunfähigkeit in Höhe von _____ EUR jährlich

gegen Erwerbsunfähigkeit in Höhe von _____ EUR jährlich

gegen Dienstunfähigkeit in Höhe von _____ EUR jährlich

Kammerversorgung in Höhe von _____ EUR jährlich

Lebensversicherung mit Vers.-Summe _____

Dread Disease Vers. mit Vers.-Summe _____

bei Gesellschaft/Versorgungseinrichtung: _____

Die folgenden Fragen 8.1 und 8.2 sind bitte immer zu beantworten.

8. Fragen zur Vollständigkeit der Angaben und zum am besten informierten Arzt an die zu versichernde Person:

8.1 Folgen noch weitere Gesundheitsangaben?

Nein, die Angaben sind vollständig – es folgen keine weiteren Angaben.

Ja, zu den Fragen habe ich keine Antwort gegeben und reiche daher die Angaben, die ich hier nicht machen möchte, unverzüglich, spätestens bis zum schriftlich nach.

Ja, zu den Fragen habe ich keine oder keine vollständige Antwort gegeben. Die zusätzlichen Angaben sind beigefügt, Anzahl zusätzlicher Blätter:

8.2 Welcher Arzt, Facharzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert?

Bitte geben Sie hier Name und Anschrift des Arztes/der Ärzte an:

Bitte geben Sie uns auch Name und Anschrift Ihres Krankenversicherers an:

Beachten Sie bitte, dass wir nicht notwendigerweise den von Ihnen angegebenen Arzt, Behandler oder Krankenversicherer kontaktieren. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Ihnen hier gestellten Fragen zu beantworten.

Vorabanfrage (ggf. vom Vermittler auszufüllen)

Eine Vorabanfrage zur Beurteilung des zu übernehmenden Versicherungsrisikos wurde gestellt.

8 Empfangsbestätigung des Versicherungsinteressenten

Hiermit bestätige ich, dass ich das Hinweisblatt „Belehrung über die Folgen einer Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten“ erhalten habe.

Unterschrift Versicherungsinteressent

X

Bitte vergessen Sie nicht Ihre weitere Unterschrift zur Angebotsanfrage in Punkt 11!

9 Erklärungen (Versicherungsinteressent und zu versichernde Person)

Bevor Sie diese Anfrage zur Angebotsabgabe unterschreiben, lesen Sie bitte die nachfolgende Erklärung zur Datenverarbeitung und die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht. Die Erklärung zur Datenverarbeitung enthält die Ermächtigung zur Speicherung, Verarbeitung sowie Weitergabe personenbezogener Daten. Bitte beachten Sie hierzu auch weiterführende Erläuterungen des **Merkblatts zur Datenverarbeitung**, welches Bestandteil dieser Anfrage ist. Die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht enthält die Ermächtigung zur Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten zum Zwecke der Risikoprüfung und Prüfung der Leistungspflicht. Die für eine Erhebung in Frage kommenden Stellen werden dabei ausdrücklich genannt. Sie haben aber auch die Möglichkeit, die Erklärung nicht abzugeben. Durch Ihre Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt dieser Anfrage.

A) Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass die Skandia Lebensversicherung AG Daten aus der Angebotsanfrage und der Vertragsdurchführung (zu Beiträgen, Versicherungsfällen, Risiko-/Vertragsänderungen) im erforderlichen Umfang übermittelt, und zwar zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung an Rückversicherer sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer auf direktem Weg oder über den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für die Risikoprüfung zu Verträgen, die ich hier oder bei anderen Versicherern künftig beantrage.

Ich willige ferner ein, dass die Skandia Gruppe meine allgemeinen Daten aus der Angebotsanfrage, zum Vertrag und den Leistungen in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den für mich zuständigen Vermittler zur Speicherung weitergeben kann, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten und weiteren Vertragsbetreuung dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden. An Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung und -betreuung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar **willige ich weiter ein**, dass der Vermittler und andere Gesellschaften der Skandia Gruppe meine allgemeinen Daten aus der Angebotsanfrage, zum Vertrag und den Leistungen darüber hinaus für die Kundenberatung und -betreuung auch im Zusammenhang mit sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Weitere Einzelheiten und Erläuterungen zu dieser Einwilligungserklärung finden sich in dem Merkblatt zur Datenverarbeitung, welches Bestandteil dieser Anfrage ist.

B) Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht (zu versichernde Person)

Ich ermächtige die Skandia Lebensversicherung AG zur Nachprüfung meiner vor Vertragsschluss bzw. Erweiterung des Versicherungsschutzes über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben, personenbezogene Gesundheitsdaten bei Ärzten, Bediensteten von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden - bei denen ich in den letzten 10 Jahren vor dem Zeitpunkt der Anfrage zur Angebotsabgabe untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe - zu erheben, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

Ergeben sich nach Vertragsschluss bzw. Erweiterung des Versicherungsschutzes für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Anfrage zur Angebotsabgabe unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss bzw. Erweiterung des Versicherungsschutzes. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Werden Leistungen beansprucht, ermächtige ich den Versicherer zur Prüfung meiner zur Begründung des Anspruchs vorgetragenen Angaben oder vorgelegten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten), die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die in den zur Begründung von Ansprüchen eingereichten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, zu befragen, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose oder dem Behandlungsverlauf). Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die die Risikoprüfung bzw. Prüfung der Leistungspflicht für die Skandia Lebensversicherung AG durchführenden Personen selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung bzw. Prüfung der Leistungspflicht an die die Skandia Lebensversicherung AG beratende externe Ärzte, medizinische Gutachter bzw. an Mitarbeiter eines mit der Risikoprüfung bzw. Prüfung der Leistungspflicht von der Skandia Lebensversicherung AG beauftragten Unternehmens (z.B. Rückversicherer) übermittelt werden.

Hinweis: Wir werden Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Nein, die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich die Skandia Lebensversicherung AG sowohl in Hinblick auf die Beurteilung des zu versichernden Risikos, als auch im Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde, um dadurch meiner entsprechenden vertraglichen oder gesetzlichen Obliegenheit nachzukommen.

10 Empfänger des verbindlichen Angebots

Die erstellten Angebotsunterlagen für die Skandia Dread Disease Versicherung sollen an folgende Person versendet werden:

Versicherungsinteressent (gemäß Punkt 1)

ODER

Vermittler (gemäß Punkt 11)

11 Unterschriften

Hiermit fordere ich die Skandia Lebensversicherung AG auf, mir anhand der vorgenannten Angaben und gewählten Leistungen ein Angebot für eine Dread Disease Versicherung zu unterbreiten. Meine Anfrage stellt noch keine rechtlich bindende Erklärung zum Abschluss eines Versicherungsvertrages dar – ich kann das mir zu unterbreitenden Versicherungsangebot annehmen, bin hierzu aber nicht verpflichtet. Durch meine Unterschrift zur Angebotsanfrage gebe ich zugleich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung (9 A) und eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht (9 B).

Ort

Datum

Unterschrift Versicherungsinteressent

Unterschrift der zu versichernden Person*

X

Bitte vergessen Sie nicht Ihre weitere Unterschrift zur Empfangsbestätigung in Punkt 8!

*(bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzl. Vertreter)

Vermittlerangaben

Stempel und Unterschrift Vermittler

Büro-/Vermittlernummer:

Telefon:

Erläuterungen und Ausfüllhilfe zur Dread Disease Versicherung

Zu Punkt 1 – Versicherungsinteressent

Der Versicherungsinteressent ist diejenige Person, die uns zur Abgabe eines verbindlichen Angebots auffordert. In der Angebotsanfrage nimmt sie die Rolle des potentiellen Versicherungsnehmers ein, d.h. sie wäre – das Zustandekommen des Versicherungsvertrags vorausgesetzt – unser Vertragspartner. Der Versicherungsinteressent muss nicht zwangsläufig die zu versichernde Person sein.

Zu Punkt 2 – Zu versichernde Person

Die zu versichernde Person ist diejenige Person, auf die das versicherte Risiko abgestellt werden soll. Erleidet die Versicherte Person eine versicherte schwere Erkrankung oder einen versicherten schweren Unfall oder stirbt sie, wird die für den jeweiligen Versicherungsfall vereinbarte Versicherungsleistung fällig.

Zu Punkt 3 – Leistungen der Versicherung

Der Umfang des Versicherungsschutzes für den Fall einer schweren Erkrankung ergibt sich aus dem gewähltem Tarif DDB08 (Basisvariante) oder DDK08 (Komfortvariante) und der vereinbarten Versicherungssumme für schwere Erkrankungen (max. 4.000.000 EUR). Versicherungsschutz besteht hierbei für die in dem gewählten Tarif versicherten schweren Erkrankungen, bei Wahl des Tarifs DDK08 ist auch eine (Teil-)Leistung wegen eines versicherten schweren Unfalls vorgesehen. Die Leistungsvoraussetzungen und Ausschlussgründe/Leistungsbeschränkungen sind in den Allgemeinen Bedingungen geregelt.

Die Leistung im Todesfall erbringen wir, wenn die Versicherte Person stirbt und bis zu diesem Zeitpunkt kein Anspruch auf die Versicherungsleistung wegen schwerer Erkrankung entstanden ist. Die Versicherungssumme für den Todesfall kann zwischen 5% und 100% der Versicherungssumme für schwere Erkrankungen gewählt werden, muss mindestens jedoch 1.500 EUR betragen.

Eine Versicherungsleistung aus der Skandia Dread Disease Versicherung wird grundsätzlich als einmalige Geldleistung erbracht.

Zu Punkt 4 – Empfänger der Versicherungsleistungen

Für die Skandia Dread Disease Versicherung kann grundsätzlich frei festgelegt werden, wer die Leistungen im Erlebens- und Todesfall der Versicherten Person erhalten soll (Bezugsberechtigter). Als Erlebensfall gelten bei der Dread Disease Versicherung der Fall des Eintritts einer schweren Erkrankung, eines schweren Unfalls und das Erleben des Ablaufs der Versicherungsdauer. Bei den für den jeweiligen Fall vereinbarten Bezugsrechten handelt es sich grundsätzlich um ein widerrufliches Bezugsrecht, welches während der Vertragslaufzeit durch den Versicherungsnehmer geändert werden kann.

Sowohl für die Leistung im Erlebensfall als auch im Todesfall kann der Versicherungsnehmer jede beliebige Person begünstigen. Falls der Versicherungsnehmer uns keinen Bezugsberechtigten benannt hat, erbringen wir die Leistung aus dem Versicherungsvertrag an den Versicherungsnehmer oder nach seinem Ableben an seine Erben.

Zu Punkt 5 – Weitere technische Daten, Zahlungsweg und Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

Hinweis zum Alter bzw. „technischen Eintrittsalter“:

In den Unterlagen zum Antrag wird das „technische Eintrittsalter“ verwendet, damit ist der Begriff des sog. „versicherungstechnischen Alters“ gemeint. Das versicherungstechnische Alter der Versicherten Person entspricht dem ganzzahligen Alter der Versicherten Person zum Beginn des Versicherungsjahres, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

– Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer:

Die Versicherungsdauer muss mind. 5 Jahre und kann maximal 60 Jahre betragen. Die Beitragszahlungsdauer entspricht der Versicherungsdauer, eine von der Versicherungsdauer abweichende Beitragszahlungsdauer ist nicht möglich.

– Verwendung der Überschussanteile:

Ihr Versicherungsvertrag erhält – sofern für ein Geschäftsjahr festgesetzt – laufende Überschussanteile. Die Überschussanteile können nach Ihrer

Wahl entweder mit den laufenden Tarifbeiträgen verrechnet („Beitragsverrechnung“) oder in Investmentfondsanteile umgewandelt („Anlage in Investmentfonds“) werden. Bei Wahl der Überschussverwendungsart „Anlage in Investmentfonds“ legen Sie bitte noch fest, wie die Überschussanteile investiert werden sollen. Sie können festlegen, dass die Überschussanteile in einen oder in einer Ihrer Vorstellung entsprechenden Gewichtung in beide der angegeben Fonds investiert werden (Anteil je Fonds mind. 10%). **Die Höhe der Überschussbeteiligung kann für die Zukunft nicht garantiert werden.** Weitere Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den Verbraucherinformationen und den Versicherungsbedingungen.

– Tarifbeitrag, Zahlbeitrag, Beitragsgarantiezeit und Zahlweise:

Der Tarifbeitrag ist der Beitrag, der sich unter Berücksichtigung der dem Vertrag zugrunde liegenden Kalkulationsgrundlagen für den vereinbarten Versicherungsschutz, der vereinbarten Beitragszahlungsweise und Beitragsgarantiezeit ergibt. Der Tarifbeitrag muss mindestens 30 EUR monatlich, 90 EUR vierteljährlich, 180 EUR halbjährlich oder 360 EUR jährlich betragen.

Der Zahlbeitrag ist der Beitrag, der vom Versicherungsnehmer tatsächlich entsprechend der vereinbarten Zahlweise zu entrichten ist. Sie können die Zahlbeiträge monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich entrichten (Beitragszahlungsweise). Bei Wahl der Überschussverwendung „Anlage in Investmentfonds“ entspricht die Höhe des Zahlbeitrags der des Tarifbeitrags. Bei Wahl der Überschussverwendung „Beitragsverrechnung“ werden die dem Vertrag zugeordneten laufenden Überschussanteile – sofern vorhanden – mit dem Tarifbeitrag verrechnet und führen zu einem entsprechend verminderten Zahlbeitrag. **Die Höhe der Überschussbeteiligung kann für die Zukunft nicht garantiert werden.**

Mit Vertragsschluss gilt grundsätzlich eine Beitragsgarantiezeit von 5 Jahren als vereinbart. Sie können jedoch abweichend hiervon auch eine Beitragsgarantiezeit zwischen 6 und 10 Jahren vereinbaren. Die Höhe des Tarifbeitrags ist für den jeweils vereinbarten Zeitraum garantiert.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Verbraucherinformationen und den Versicherungsbedingungen.

– Identitätsüberprüfung

Nach § 4 Absatz 6 des Geldwäschegesetzes sind Sie als unser Vertragspartner verpflichtet, der Skandia Lebensversicherung AG die zur Erfüllung der Pflichten nach diesem Gesetz notwendigen Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen und sich im Laufe der Geschäftsbeziehung ergebende Änderungen unverzüglich anzuzeigen.

– Zahlungsweg:

Für die Beitragszahlung ist grundsätzlich das Lastschriftverfahren vorgesehen. Eine Einzugsermächtigung wird erst mit Annahme des zu unterbreitenden Angebots erteilt. Auf Wunsch können die Beiträge auch auf unser Konto überwiesen werden, teilen Sie uns dies bitte gesondert mit.

Zu Punkt 6 – Dynamik

Sie haben die Möglichkeit, eine regelmäßige Erhöhung Ihrer Tarifbeiträge und eine daraus resultierende Erhöhung der Versicherungsleistungen zu vereinbaren (Dynamik), um beispielsweise einen Inflationsausgleich vorzunehmen oder einen erhöhten Vorsorgebedarf zu decken. Die Erhöhung der Beiträge und Leistungen erfolgt grundsätzlich jährlich zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres. Der Tarifbeitrag erhöht sich dabei um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahrstarifbeitrags (5% bis 10% sind möglich). Die Dynamik kann jederzeit ausgeschlossen werden.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell, wirtschaftlich und natürlich sicher abwickeln. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der Daten verarbeitenden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Die Einwilligung zur Datenübermittlung gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrags hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Dread-Disease- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebensversicherung, in der Berufsunfähigkeitsversicherung sowie in der sog. Dread-Disease-Versicherung ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden nennen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung:

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir erheben und speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten) sowie – bei Versicherungen mit Gesundheitsprüfung – Informationen über Gesundheitsverhältnisse und Gefährdungen der zu versichernden Person. Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie z.B. Versicherungsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. des Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben hierzu und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. ärztliche Angaben, den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

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

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Leistungsfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Leistungsabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Leistungsfall zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskünfte zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfrage zu erteilen.

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Leistungsfalls kann es zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder von Widersprüchen in den Angaben, zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch oder um Lücken in den Feststellungen zum entstandenen Leistungsfall zu schließen, notwendig sein, Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Für manche dieser Anlässe bestehen zentrale Hinweissysteme.

Solch ein Hinweissystem gibt es z.B. beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. Die Aufnahme in ein Hinweissystem und dessen Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

- Aufnahme von Sonderrisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
 - aus versicherungsmedizinischen Gründen,
 - aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
 - wegen verweigerter Nachuntersuchung;
 - Aufhebung des Vertrags durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers;
 - Ablehnung des Vertrags seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge
- Derartige Angaben werden für die Risikoprüfung benötigt.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Versicherungsgruppe

Zur Ermöglichung eines umfassenden Versicherungsschutzes und zur Kostenersparnis arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Dabei werden einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h., Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Weiter sind die Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind.

Aus den vorgenannten Gründen werden Ihre Daten innerhalb der Skandia Gruppe derzeit unter anderem von den nachfolgenden Unternehmen erhoben, verarbeitet und gespeichert:

Skandia Leben Holding GmbH
 Skandia Lebensversicherung AG
 IICS/Polska Sp. Z. O.O.
 Skandia Versicherung Management & Service GmbH
 Skandia Pension Consulting GmbH
 Skandia PortfolioManagement GmbH

Die Gesellschaften unterliegen den üblichen Verschwiegenheitspflichten im Zusammenhang mit Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen. Sollten Ihre Daten im Zusammenhang mit der Abwicklung Ihres Vertrags in Zukunft von einem Unternehmen außerhalb der Skandia Gruppe erhoben, verarbeitet und gespeichert werden, wird die Skandia Lebensversicherung AG durch vertragliche Vereinbarungen mit dem jeweiligen Dienstleister ein mit dem deutschen Datenschutzrecht vergleichbares Datenschutzniveau sicherstellen.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebotes unserer Unternehmensgruppe werden Sie durch einen Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Kapitalanlage und Immobiliengesellschaften. Um seine Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Die Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen Ihrer Beratung und Betreuung. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufs- und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlervertrags) oder wird Ihre Betreuung aus anderen Gründen neu geregelt, werden Sie darüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht unter anderem ein Recht auf Auskunft über Ihre bei uns gespeicherten Daten sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an uns.

Hinweisblatt: Belehrung über die Folgen einer Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten**Belehrung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht (nach § 19 Abs. 5 VVG)**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag bzw. in der Angebotsaufforderung enthaltenen Fragen an die zu versichernde Person zu berufenen, gesundheitlichen und besonderen Gegebenheiten bzw. Gefährdungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

Hierbei sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Skandia Lebensversicherung AG 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 und Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?**1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den ggf. vorhandenen Rückkaufswert aus.

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 mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern der dafür vereinbarte Mindestbetrag erreicht wird. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

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

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.