

Einfach an alles gedacht

Unterstützung beim Ausfüllen des Antrages

Wir möchten möglichst jede Verzögerung bei der Policierung vermeiden. Prüfen Sie daher bitte nach dem Ausfüllen noch einmal den Antrag auf Vollständigkeit – unsere Checkliste hilft Ihnen dabei! Dabei weisen wir auf die Felder hin, die am häufigsten übersehen werden. Achten Sie in den Antragsseiten einfach auf die gelben Kreise mit den folgenden Nummerierungen.

- ① Ist die **Vermittlernummer** eingetragen?
- ② Haben Sie an den **Geburtsort** gedacht?
- ③ Wurde der **Beruf** angegeben?
- ④ Bitte beantworten Sie die Frage zur **Steuerpflicht**.
- ⑤ Sind alle erforderlichen **Unterschriften** vorhanden?
Bitte denken Sie auch an die Unterschrift auf der „Fondsauswahl“, sofern dieses Antragsbeiblatt bei den entsprechenden Tarifen mit eingereicht wird.

Bitte reichen Sie **alle** Seiten des Antrages ein –
auch die, auf denen keine Angaben zu machen sind.

Die Inhalte auf diesen Seiten, wie z. B. Einwilligungen, Belehrungen
und Informationen, sind ein integraler Bestandteil des Antrages,
ohne die eine Policierung nicht möglich ist.



CONDOR VERSICHERUNGEN

Antrag auf
Erhöhung d. besteh.
Versicherung Nr.:

Bei Rahmenvertrag:
Name des Rahmenvertragspartners:

Berufsunfähigkeitsversicherung

1 Vermittler

Aus Gründen der besseren
Lesbarkeit wird die geschlechts-
neutrale Anrede verwendet

18 Net

Dieses Feld füllt die
Gesellschaft aus:

interner Schlüssel des Vermittlers / vom Vermittler anzugeben

1 Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Titel (freiwillige Angabe) Frau Firma Familienstand ledig Bilanz- verheiratet verpartnert stichtag Tag Monat

Herr

Nachname, Vorname und ggf. Geburtsname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort Telefon (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum 2 Geburtsort Staatsangehörigkeit

3 Beruf (Tätigkeit und Branche)

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst Akademiker

E-Mail (freiwillige Angabe)

Angabe des Berufs
zwingend
erforderlich! X

4 Sind Sie ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland steuerpflichtig? ja nein: In welchen Staaten sind Sie
steuerpflichtig? _____ Wie lauten Ihre Steueridentifikationsnummern? _____

Bei bAV nicht erforderlich!

2 Zu versichernde Person (falls vom Antragsteller abweichend)

Titel (freiwillige Angabe) weiblich Familienstand ledig

männlich verheiratet verpartnert

Nachname, Vorname und ggf. Geburtsname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort Telefon (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum 2 Geburtsort Staatsangehörigkeit

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst Akademiker

Beruf (Tätigkeit und Branche)

Im Falle des vorzeitigen Ablebens des Versicherungsnehmers (s. Ziff. 1) soll die versicherte Person (s. Ziff. 2) neuer Versicherungsnehmer sein. Diese Vereinbarung kann bis zum Eintritt des Todesfalles widerrufen werden.

bAV: Nur Rückdeckungsversicherungen für Gesellschafter-Geschäftsführer. Beherrschender Gesellschafter-Geschäftsführer ja nein

3 Bezugsrecht

(im Erlebensfall bitte
nur ausfüllen, wenn
Antragsteller
nicht Begünstigter)

Im Erlebensfall der versicherten Person

Nachname, Vorname Geburtsdatum

Im Todesfall der versicherten Person

Nachname, Vorname Geburtsdatum

Bei Direktversicherung: Siehe beigefügtes Formular „Zusätzliche Erklärungen zur Direktversicherung“

4 Besondere Vereinbarungen

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen (z.B. über Hypothekenbeschaffung) abhängig?

Besondere Vereinbarungen sind nur verbindlich, wenn sie von der Gesellschaft schriftlich bestätigt werden.

5
Berufs-
unfähigkeits-
versicherung
(SBU)

Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU) nach Tarif C80

Es gelten die „Allgemeine Versicherungsbedingungen der Condor Lebensversicherungs-AG für die Berufsunfähigkeitsversicherung (9T07)“.
Bei Abschluss einer Direktversicherung gelten zusätzlich die „Besondere Bedingungen für die Direktversicherung (9Y05)“.

- Comfort** **Comfort D**
 Gruppe

Berufsunfähigkeitsversicherung mit Beitragsstufe (Einsteiger-SBU) nach Tarif C81

Es gelten die „Allgemeine Versicherungsbedingungen der Condor Lebensversicherungs-AG für die Berufsunfähigkeitsversicherung (9T07)“; **nicht bAV**.

- Comfort** **Comfort D**

BV

0
3

Versicherungsbeginn | | | | | | | | | |

Versicherungsdauer in Jahren | |

oder

bis zum gesetzlichen Rentenbeginn der zu versichernden Person (nur bAV)

abweichende Beitragszahlungsdauer in Jahren | |

Leistungsdauer

bis zum Ablauf der Versicherungsdauer

oder

(nur bei C80)
 abweichend davon in Jahren ab Versicherungsbeginn | |

Karenzzeit (6, 12, 18, 24, 36 Monate) | |

Eintrittsalter | |

monatliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente | | | | | | | | | | EUR

Diese entspricht einer jährl. garantierten Berufsunfähigkeitsrente von | | | | | | | | | | EUR

Leistungsdynamik

Garantierte Rentensteigerung im BUZ-Leistungsbezug (max. 5,0 %) p.a. | |

Startphase in Jahren | |

6
Überschuss-
verwendung

		Überschussverwendung	
		vor Eintritt des Leistungsbezugs	nach Eintritt des Leistungsbezugs
pAV	<input type="radio"/> Beitragsverrechnung <input type="radio"/> verzinsliche Ansammlung		<input checked="" type="checkbox"/> dynamische Überschussrente
bAV	<input type="radio"/> BU-Bonus <input type="radio"/> Beitragsverrechnung (nicht bei Entgeltumwandlung)		<input checked="" type="checkbox"/> dynamische Überschussrente

7
Beitrag /
Zahlungs-
weise

- monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Beitrag laut Zahlungsweise | | | | | | | | | | EUR

zu zahlender Beitrag* | | | | | | | | | | EUR

Beitrag in der Startphase laut Zahlungsweise | | | | | | | | | | EUR

zu zahlender Beitrag* in der Startphase | | | | | | | | | | EUR

Beitrag nach Ablauf der Startphase laut Zahlungsweise | | | | | | | | | | EUR

zu zahlender Beitrag* nach Ablauf der Startphase | | | | | | | | | | EUR

S

* Bei Beitragsverrechnung: Der Beitrag wird von Beginn an durch die zuletzt gültige Überschussbeteiligung ermäßigt. Der zu zahlende Beitrag hängt im Weiteren von der künftigen Überschussbeteiligung ab und kann sich daher ändern.

8
Dynamik
(nicht bei
Direkt-
versicherung)

- Jährlich 5 % des Vorjahresbeitrags
- Alle 2 Jahre um | | % des Vorjahresbeitrags (5 – 10 %)
- Alle 3 Jahre um | | % des Vorjahresbeitrags (5 – 10 %)
- Im selben Verhältnis wie die BBG (West) in der gesetzlichen Rentenversicherung (bis max. 8 % der BBG). Beitragsteile, die 8 % der BBG übersteigen, werden nicht erhöht (**nur bAV**)
- Ich wünsche keine Dynamik.

Bei einer betrieblichen Altersversorgung nutzen Sie für die folgenden Fragen bitte das gesonderte Formular „Fragen zum Risiko an die zu versichernde Person“, welches von der zu versichernden Person direkt bei der Gesellschaft einzureichen ist.

Bevor Sie die Risikoangaben machen, lesen Sie bitte die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht.

Bitte beantworten Sie alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Wenn Sie die Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann das zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen.

In Klammern haben wir einige Beispiele zur Verdeutlichung der Fragestellung angegeben. Diese sollen Ihnen bei der Beantwortung helfen. Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen.

Wenn wir nach Behandlern oder Behandlungen fragen, sind damit Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, Physiotherapeuten/Masseur, Osteopathen, Logopäden, Gesundheitspfleger oder Apotheker gemeint.

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, können Sie direkt der Gesellschaft schriftlich (mit Ihrer Unterschrift) einreichen. Bitte kreuzen Sie dazu das Feld hier an: und nennen Sie uns die Anzahl der Seiten:

9 Allgemeine Risikofragen (an die zu versichernde Person)	A1	Wurde in den letzten 5 Jahren eine Versicherung auf Ihr Leben oder für den Fall Ihrer Berufsunfähigkeit von einem Versicherer (auch Condor Lebensversicherungs-AG) abgelehnt, zurückgestellt, mit Beitragszuschlag oder mit einer Leistungseinschränkung angeboten? Wenn ja, wann und weshalb bei welchen Unternehmen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
	A2	Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Umgang mit explosiven, radioaktiven, toxischen oder infektiösen Stoffen)? Wenn ja, welchen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
	A3	Üben Sie gefährliche Sportarten aus (z.B. Flugsport, Berg- und Klettersport, Tauchsport, Kampfsport, Motorsport, Pferdesport, Extremsportarten)? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
	A4	Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte von mehr als 3 Monaten außerhalb der EU? Wenn ja, wo und wie lange?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
	A5	Nur bei einer Risikoversicherung angeben: Haben Sie in den letzten 24 Monaten aktiv Nikotin zu sich genommen (z.B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife oder Wasserpfeife)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
Gesundheitsfragen (an die zu versichernde Person)	B1	Wie groß und wie schwer sind Sie?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>cm</th> <th>kg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	cm	kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	cm	kg					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	B2	Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z.B. fehlende oder gebrauchsbehinderte Glieder, Organfehler, angeborene Erkrankungen, Entwicklungsstörungen, Beeinträchtigungen der Sinnesorgane, Folgen von oder Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
	B3	Wurde ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) , eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) , ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder wurde ein Antrag auf Anerkennung gestellt? Wenn ja, bitte eine Kopie des Bescheides beifügen.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
	B4	Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test) oder steht noch ein Testergebnis aus?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
	B5	Sind Sie in den letzten 10 Jahren wegen gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Lymphome, Adenome) beraten, untersucht oder behandelt worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
	B6	Sind Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Psyche (z.B. Depressionen, Burnout-Syndrom, Angst- oder Erschöpfungszuständen, Suizidversuch, Schlafstörungen, Essstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit- oder Hyperaktivitätssyndrom) beraten, untersucht oder behandelt worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
	B7	Sind Sie in den letzten 10 Jahren wegen Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen beraten, untersucht oder behandelt worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
	B8	Hatten Sie in den letzten 10 Jahren stationäre Aufenthalte in einem Krankenhaus, Sanatorium, einer Heilstätte, einer Kuranstalt oder einer Rehabilitationsklinik oder sind solche in den nächsten 24 Monaten beabsichtigt oder von einem Behandler empfohlen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
	B9	Wurden in den letzten 5 Jahren ambulante Operationen (auch mittels Laser) durchgeführt oder sind solche in den nächsten 24 Monaten beabsichtigt oder von einem Behandler empfohlen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
	B10	Sind Sie in den letzten 5 Jahren beraten, untersucht oder behandelt worden wegen:					
	a) des Herzens , der Kreislauforgane oder der Gefäße (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Lymphödeme)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
	b) der Atmungsorgane (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Allergien, Schlafapnoe)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
	c) des Magens , des Darms , der Speiseröhre , der Leber , der Galle , der Bauchspeicheldrüse (z.B. Gastritis, Magengeschwür, Blut im Stuhl, Colitis, Reflux, Hepatitis, Gallensteine, Pankreatitis)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
	d) der Nieren , der Blase , der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (z. B. Hoden, Prostata, Gebärmutter, Eierstöcke)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
	e) der Haut oder Schleimhäute (z.B. Allergien, Neurodermitis, Ekzeme, Psoriasis)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
	f) des Bewegungsapparates , der Knochen , Gelenke , Muskeln , Sehnen oder Bänder (z.B. Bandscheibenvorfall, Rückenbeschwerden, Arthrose, Rheuma, Fibromyalgie)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
	g) des Gehirns oder des Nervensystems (z.B. Migräne, Demenz, Epilepsie, Multiple Sklerose)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
	h) der Augen (z.B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Hornhaut- oder Netzhauterkrankung, erhöhter Augeninnendruck, grauer Star)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
	i) der Ohren (z.B. Tinnitus, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, Schwindel)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
	j) des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
	k) des Blutes (z.B. Gerinnungsstörung, Anämie, Leukämie)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
	B11 Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Laborwerte festgestellt, deren Ergebnisse außerhalb des Normbereichs lagen (z.B. Leberwerte, Cholesterin, Glukose/HbA1c, Kreatinin, Blutbild, Antikörper)? Wenn ja, bitte eine Kopie des Befundes beifügen.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
	B12 Werden von Ihnen wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet (nicht anzugeben sind Einnahmen zur Empfängnisverhütung)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					

Ergänzende Angabe zu den mit „ja“ beantworteten Fragen

Zu Frage	Einzelheiten: Diagnosen, Beschwerden, Medikamente, Behandlungen, Folgen usw.	Ambulante Behandlungen von – bis	Stationäre Behandlungen von – bis	Behandlung abgeschlossen?		Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
				Ja, seit	Nein	
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Welcher Behandler kann über die Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?

Keiner

Fragen zur finanziellen Situation und zur beruflichen Tätigkeit

(an die zu versichernde Person)

Mit dem regelmäßigen durchschnittlichen **Netto-Arbeitseinkommen** meinen wir:

- bei **Angestellten/Beamten** den Durchschnitt der Netto-Arbeitseinkommen des aktuellen Jahres und der beiden Vorjahre
- bei **Berufsstartern** das aktuelle regelmäßige Netto-Arbeitseinkommen
- bei **Selbstständigen** den Durchschnitt des Gewinns nach Abzug der privaten und betrieblichen Steuern des aktuellen Jahres und der beiden Vorjahre
- bei **Existenzgründern** das Netto-Arbeitseinkommen des aktuellen Jahres und der beiden Vorjahre.

Für **Schüler, Auszubildende, Studenten** oder **Hausfrauen/Hausmänner** ist ausschließlich die Frage C3 zu beantworten.

C1 Beträgt die beantragte jährliche Berufsunfähigkeitsabsicherung – einschließlich bereits bestehender oder beantragter Absicherungen für den Fall Ihrer Berufs- oder Dienstunfähigkeit – mehr als **80 %** Ihres regelmäßigen durchschnittlichen jährlichen Netto-Arbeitseinkommens oder mehr als **18.000 EUR** pro Jahr ?

ja nein

Wenn „ja“ bitte Fragen C2 bis C4 beantworten.

C2 Bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit.

Wie ist Ihre Tätigkeit prozentual gestaltet?

___ % kaufmännische/verwaltende Tätigkeit

___ % körperliche/handwerkliche Tätigkeit

___ % aufsichtführende Tätigkeit. Wieviele Mitarbeiter beaufsichtigen Sie?

___ % Reisetätigkeit

C3 Haben Sie im Falle Ihrer Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit (ohne gesetzliche Rente) Leistungen zu erwarten?

Private Versicherungsverträge

Betriebliche Altersversorgung

nein ja Höhe _____ EUR pro Jahr

nein ja Höhe _____ EUR pro Jahr

Berufsständische Versorgung

Anderen Quellen

nein ja Höhe _____ EUR pro Jahr

nein ja Höhe _____ EUR pro Jahr

C4 Wie hoch ist Ihr Netto-Arbeitseinkommen?

Derzeit voraussichtlich _____ EUR pro Jahr

Vorjahr _____ EUR pro Jahr

Vorletztes Jahr _____ EUR pro Jahr

Bei einer gewünschten Berufsunfähigkeitsabsicherung von mehr als **30.000 EUR** pro Jahr – einschließlich bereits bestehender oder beantragter Absicherungen für den Fall Ihrer Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit (ohne gesetzliche Rente) – bitte Nachweise über das **derzeit voraussichtliche Arbeitseinkommen** und das der **beiden Vorjahre** von unabhängiger Stelle (z.B. Steuerberater, Dezember-Gehaltsabrechnung) beifügen.

C5 **Von Beamten unabhängig von der beantragten Absicherungshöhe zu beantworten**

Welchen Beamtenstatus haben Sie?

Beamter auf Lebenszeit

Beamter auf Widerruf

Beamter auf Probe

Referendar / Beamtenanwärter

Wie hoch sind Ihre aktuellen Anwartschaften aus der Beamtenversorgung? _____ EUR pro Jahr

Sofern noch keine Anwartschaften aus der Beamtenversorgung bestehen: Wann haben Sie erstmals Ansprüche zu erwarten?

Ab dem20

Wie hoch sind Ihre aktuellen Netto-Bezüge? _____ EUR pro Jahr

Bevor Sie unterschreiben, kontrollieren Sie bitte nochmals, ob alle Fragen vollständig und korrekt beantwortet sind, insbesondere, wenn Ihnen eine andere Person beim Ausfüllen des Antrages geholfen hat.

10

Ärztliche Untersuchung (für BUZ oder Todesfallsumme entsprechend Formulare „Untersuchungsauftrag“ und „Ärztliches Zeugnis“) veranlasst bei:

Untersuchung

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

falls abweichend

Unterschrift zu versichernde Person (ggf. gesetzliche Vertreter)

Bei Minderjährigen ab 16 Jahren zusätzlich die Unterschrift des Minderjährigen

11 Einwilligung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und Schweigepflichtentbindung

Die nachfolgenden Erklärungen gelten für Verträge mit folgenden Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe (nachfolgend R+V genannt):

**Condor Lebensversicherungs-AG
Condor Versorgungs- und Unterstützungskasse e.V.
R+V Pensionskasse AG**

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um die Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag verarbeiten zu dürfen, benötigen wir, die Condor Lebensversicherungs-AG (nachfolgend R+V genannt), die datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir die Schweigepflichtentbindung, um die Gesundheitsdaten im Todesfall bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen benötigt die R+V die Schweigepflichtentbindung ferner, um die Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafbgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag besteht, an andere Stellen, z. B. Dienstleister für die telefonische Kundenbetreuung, die zentrale Datensammlung, den Beitragseinzug, die Markt- und Meinungsforschung oder das Beschwerdemanagement weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrags in der R+V unentbehrlich. Sollten diese nicht abgegeben werden, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit den Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die R+V selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der R+V (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten auch für die von der zu versichernden Person gesetzlich vertretenen Personen wie z. B. ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine Erklärungen abgeben können.

1. Verarbeitung der mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die R+V. Die Vertragsbeteiligten willigen ein, dass die R+V die in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die R+V die gesundheitlichen Verhältnisse der zu versichernden Person prüfen muss, die zur Begründung von Ansprüchen gemacht wurden oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir werden die Vertragsbeteiligten in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird und bitten, uns die erforderlichen Unterlagen beizubringen.

2.2. Erklärungen für den Todesfall der zu versichernden Person

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach dem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die R+V konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde.

Die R+V benötigt für die Abfrage von Informationen über die gesundheitlichen Verhältnisse die Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für die Stellen, die über die Gesundheitsdaten verfügen.

Für den Fall des Todes willigt die zu versichernde Person ein, dass die R+V - soweit es für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist - ihre Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verarbeitet.

Die zu versichernde Person befreit die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit ihre zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die R+V übermittelt werden.

Die zu versichernde Person ist darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - ihre Gesundheitsdaten durch die R+V an diese Stellen weitergegeben werden und befreit auch insoweit die für die R+V tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Soweit sich die vorstehende Erklärung auf Angaben der zu versichernden Person bei Antragstellung bezieht, gilt sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die R+V konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

3. Weitergabe der Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der R+V

Die R+V verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die R+V benötigt die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Die zu versichernde Person wird über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Die zu versichernde Person willigt ein, dass die R+V ihre Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und ihre Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verarbeitet und die Ergebnisse an die R+V zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbindet die zu versichernde Person die für die R+V tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die R+V führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die telefonische Kundenbetreuung, die zentrale Datensammlung, den Beitragseinzug oder das Beschwerdemanagement, bei denen es zu einer Verarbeitung von Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der R+V Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei nach § 203 StGB geschützte Daten weitergegeben, benötigt die R+V eine Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die R+V führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die R+V verarbeiten unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann bei der Condor Lebensversicherungs-AG, Admiralitätsstraße 67, 20459 Hamburg oder unter http://www.condor-versicherungen.de/service/kunden/einwilligung_bdsq/index.html angefordert werden. Für die Weitergabe der Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die R+V die Einwilligung der Vertragsbeteiligten.

Die Vertragsbeteiligten willigen ein, dass die R+V die Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die R+V dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinden die Vertragsbeteiligten die Mitarbeiter der R+V Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Die R+V verpflichtet die Rückversicherungen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

Um die Erfüllung der Ansprüche abzusichern, kann die R+V Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls die Daten übergeben. Damit die Rückversicherung sich ein Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, kann die R+V den Versicherungsantrag oder den Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die R+V aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die R+V das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über bestehende Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über bestehende Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Die personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verarbeitet. Über die Übermittlung der Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden die Vertragsbeteiligten durch die R+V unterrichtet.

Die Vertragsbeteiligten willigen ein, dass die Gesundheitsdaten - soweit erforderlich - an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verarbeitet werden. Soweit erforderlich, entbinden sie die für die R+V tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. Verarbeitung von Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag nicht zustande, speichert die R+V die im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass erneut Versicherungsschutz beantragt wird.

Die zu versichernde Person willigt ein, dass die R+V ihre Gesundheitsdaten - wenn der Vertrag nicht zustande kommt - für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken verarbeitet.

5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die R+V gibt grundsätzlich keine Angaben zur Gesundheit der zu versichern- den Person an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgen- den Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf die Gesundheit zulassen, oder nach § 203 StGB geschützte Informationen über den Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) der Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der den Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Die Vertragsbeteiligten werden bei einem Wechsel des betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Daten informiert sowie auf die Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Die Vertragsbeteiligten willigen ein, dass die R+V die Gesund- heitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen an den für sie zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort verarbeitet und zu Beratungszwecken genutzt werden.

6. Weitere Einwilligungen und Datenschutzhinweise

Die Vertragsbeteiligten willigen ein, dass die Versicherer der R+V Versicherungsgruppe die allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungs- gemäßen Durchführung der Versicherungsangelegenheiten dient.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Schließlich erklären die Vertragsbeteiligten, dass ihnen die Möglichkeit gegeben wurde, von dem beigefügten Merkblatt zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

12

**Unter-
schriften**

(alle Unter-
schriften bitte
mit Vor- und
Nachnamen)

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte alle Seiten. Sie machen mit Ihrer Unterschrift den Inhalt aller Seiten zum Bestandteil dieses Antrages. Nach der Unterzeichnung des Antrages erhalten Sie sofort eine Durchschrift. Sie können die Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Widerrufsbelehrung,

die über das Widerrufsrecht und die Folgen seiner Ausübung informiert, widerrufen. Liegt der Versicherungsbeginn vor Ablauf der 30-tägigen Widerrufsfrist, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz mit dem Versicherungsbeginn einsetzt (wenn dies nicht gewünscht ist, bitte streichen).

Ort, Datum

5

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

5

Zu versichernde Person (ggf. gesetzlicher Vertreter)

5

Bei Minderjährigen ab 16 Jahren zusätzlich die Unterschrift des Minderjährigen

Ich als selbstständiger Vermittler oder Mehrfachvermittler mit Agenturvertrag bestätige, dass außer den hier gemachten Angaben mir gegenüber weder mündlich, schriftlich oder in Textform, mit Ausnahme eines eventuellen Extrablatts, weitere Erklärungen abgegeben wurden.

5

Antragsvermittler (Name in Druckbuchstaben und Unterschrift)

13

**Empfangs-
bestätigung**

Hiermit bestätige ich, dass mir

1. eine Kopie des Antrages,
2. die zu dem von mir gewählten Tarif gehörenden und im Antrag benannten Versicherungsbedingungen,
3. das Informationsblatt für Versicherungsprodukte,
4. die Verbraucherinformationen inkl. Widerrufsbelehrung,
5. der Vorschlag für den von mir beantragten Tarif,
6. das Merkblatt zur Datenverarbeitung und
7. die Allgemeinen Steuerhinweise

ausgehändigt wurden und ich vor Abgabe der Antragserklärung ausreichend Zeit und Gelegenheit hatte, deren Inhalt zur Kenntnis zu nehmen.

Ort, Datum

5

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

14

nur BAV:

Die fälligen Beiträge werden überwiesen von dem im folgenden SEPA-Lastschriftmandat genannten Konto. **Mit der erforderlichen Unterschrift in der nächsten Ziffer bestätigt der Kontoinhaber ausschließlich die Bankverbindung und erteilt KEIN SEPA-Lastschriftmandat!**

15

**SEPA-
Lastschrift-
Mandat**

Im Zuge des einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrs (SEPA) gibt es für jeden Zahlungsempfänger eine Gläubiger-Identifikationsnummer.

Unsere lautet: **DE63 0830 0000 0904 03**

Zusammen mit der Mandatsreferenz, die wir Ihnen gesondert mitteilen, ist eine eindeutige Identifizierung des (SEPA-)Lastschriftmandats gegeben.

IBAN

Der Kontoinhaber ist der Versicherungsnehmer

Der Kontoinhaber ist NICHT der Versicherungsnehmer

Adresse und Geburtsdatum des Kontoinhabers: nur erforderlich, wenn dieser vom Versicherungsnehmer abweicht

Name, Vorname

Zusatz, Zustellvermerk, Namensergänzung

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Länder-Kennz.

Postleitzahl

Ort

Postfach

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

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor der SEPA-Lastschrift informiert der Zahlungsempfänger über Abbuchungstermin und Betrag.

Ort

Datum

5

Unterschrift des Kontoinhabers/Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzl. Vertreter (beide Elternteile/Vormund)



Anlage zu Punkt 3.2 der Einwilligung nach der DSGVO und Schweigepflichtentbindung

Dienstleister	Übertragene Aufgaben
compertis Beratungsgesellschaft für betriebliches Vorsorgemanagement mbH	Dienstleistungen im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge
R+V Dienstleistungs-GmbH	Verwaltungstätigkeiten im Rahmen von betrieblichen Altersvorsorgeansprüchen
Condor Dienstleistungsgesellschaft mbH	Angebotsprüfung und -erstellung, Verwaltungstätigkeiten
BNP Paribas S.A. Niederlassung Deutschland	Depotkonto zur Verwahrung von Fondsanteilen
DG Verlag eG	Controlling von vertriebsunterstützenden Maßnahmen
General Reinsurance AG	Unterstützung bei der Risiko- und Leistungsprüfung
GWI Götzhaber Wirtschaftsinformationen GmbH	Wirtschaftsauskünfte z.B. bei Antragstellung
IT-Warehouse AG	IT-Dienstleister
Kempener MarketingNavigation GmbH	Adressaufbereitung
Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG	Unterstützung bei der Risiko- und Leistungsprüfung
Paul Ernst GmbH	Dienstleistungen im Rahmen der Akquise von neuen Vertriebspartnern
R+V Allgemeine Versicherung AG	EDV (Systembetrieb, -entwicklung, Konzeption u. Steuerung)
R+V Allgemeine Versicherung AG	Versicherungsvermittlung
R+V Allgemeine Versicherung AG	(Telefon-)Marketing, Vertriebskoordination, -unterstützung und -verwaltung
R+V Allgemeine Versicherung AG	Posteingangsverteilung
R+V Allgemeine Versicherung AG	Datenschutz und Konzernsicherheit
R+V Allgemeine Versicherung AG	Beitragseinzug und Rechnungswesen
R+V Lebensversicherung AG	Rückversicherungsbetreuung
R+V Lebensversicherung AG	Rechnungswesen
R+V Lebensversicherung AG	Verwaltungstätigkeiten im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung und Beendigung eines Versicherungsverhältnisses
R+V Lebensversicherung AG	Vertriebsunterstützung, Serviceleistungen und Bestandsbearbeitung gegenüber Maklern und deren Kunden
R+V Lebensversicherung AG	versicherungstechnische Buchhaltung
R+V Service Center GmbH	Assistance im Rahmen der Sterbegeldversicherung
R+V Versicherung AG	Interne Revision
R+V Versicherung AG	Zentrales Rechtswesen und Compliance
R+V Versicherung AG	Gesellschaftsübergreifendes Gesamtrisikomanagement und Controlling
R+V Versicherung AG	Betreuung in Bezug auf Rechnungswesen und Steuern
R+V Versicherung AG	Gesellschaftsübergreifende Unternehmensentwicklung (inklusive Strategisches Kundenmanagement)
Rhenus Office Systems GmbH	Aktenlagerung und -vernichtung
Smart Cloud	IT-Dienstleister
Unternehmens-Managementberatungs GmbH	Dienstleistungen im Rahmen des Adressmanagements
Verband der Vereine Creditreform e. V.	Wirtschaftsauskünfte z. B. bei Antragstellung
3i Media GmbH	IT-Dienstleister
Kategorien von Dienstleistern	Übertragende Aufgabe
Gutachter und Sachverständige	Erstellen von Gutachten, Beratungsleistungen
IT-Dienstleister und Dienstleister im IT-Support	Pflege und Wartung der IT-Systeme
Aktenarchivare	Entsorgung von Dokumenten und Speichermedien

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

Bestandteil des Antrags sind einige Fragen an die zu versichernde Person. Versicherungsnehmer und zu versichernde Person sind für die korrekte Beantwortung verantwortlich. Die Antworten sind Grundlage für die weitere Bearbeitung des Antrags und werden Bestandteil des Versicherungsvertrags.

Wichtig für uns ist die Angabe aller Ihnen bekannten Gefahrumstände, die unsere Entscheidung beeinflussen können, den Vertrag mit dem gewünschten Inhalt abzuschließen. Anzugeben sind auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur geringere Bedeutung haben.

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. 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.

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 Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden 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.

Antragstellung/Vorläufiger Versicherungsschutz

Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz der Condor Lebensversicherungs-AG

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist vorläufig versichert?
- § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?
- § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 6 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?
- § 7 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich nur auf die garantierten Leistungen. Die in den Absätzen 2 und 3 genannten Begrenzungen gelten auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

Vorläufiger Versicherungsschutz bei Tod

- (2) Bei Tarif C78 besteht vorläufiger Versicherungsschutz nur, wenn Sie eine Mindesttodesfallsumme beantragt haben. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich für den Fall des Todes
 - bei Tarif C02 in den Tariflinien „Comfort“, „Comfort-D“
 - bei Tarif C09 und C11 in den Produktvarianten „comfort“ und „premium“, sofern nicht die Risikoversicherung „Gruppe“ beantragt wurde
 - bei Tarif C78 in den Tarifarten E, E1, E2, H, B, B1 auf die beantragten Leistungen, höchstens jedoch auf 100.000 Euro Todesfall-Leistung.
Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich für den Fall des Todes
 - bei Tarif C02 in in der Tariflinie „Compact“ auf 50 % der beantragten Leistungen, höchstens jedoch auf 50.000 Euro Todesfall-Leistung.

Vorläufiger Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit

- (3) Der vorläufige Versicherungsschutz gilt für den Fall der Berufsunfähigkeit
 - bei Tarif C80 und C81 jeweils in den Tariflinien „Comfort“, „Comfort D“,
 - bei einer Comfort-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die zu einer Risikoversicherung der Tarife C09 und C11 beantragt wurde, sofern nicht die Risikoversicherung „Gruppe“ gewählt wurde.
 - bei einer Comfort-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die zu einer anderen Hauptversicherung als C09 oder C11 in den Tariflinien „Comfort“, „Comfort D“, „Comfort F“ oder „Compact“ bzw. den Tarifarten E, E1, E2, H, B, B1 beantragt wurde.
Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich für den Fall der Berufsunfähigkeit nur auf die beantragte jährlich Barrente bei Berufsunfähigkeit, höchstens jedoch auf 12.000 Euro Jahresrente.
- (4) Eine Berufsunfähigkeitsrente zahlen wir nur, wenn uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von 3 Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist. Bei einer Überschreitung dieser Frist entsteht ein Leistungsanspruch nur dann, wenn uns nachgewiesen werden kann, dass die Verspätung der Mitteilung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person verursacht worden ist.
- (5) In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufsunfähigkeit spätestens mit dem Ablauf der für die Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragten Leistungsdauer.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

- (1) Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass
 - a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;

- b) uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt worden ist;
- c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns angebotenen Tarife und Bedingungen bewegt.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt, wenn die Voraussetzungen des § 2 vorliegen, mit dem Tag, an dem Ihr vollständig ausgefüllter Antrag in unserer Direktion in Hamburg eingeht.
- (2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn
 - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
 - b) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
 - c) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Gebrauch gemacht haben;
 - d) der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wurde oder der Einzug des ersten oder einmaligen Beitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist. Dies gilt nur dann, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben;
 - e) Sie einer Ihnen nach § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben.
- (3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wir werden den vorläufigen Versicherungsschutz insbesondere dann kündigen, wenn wir Ihren Antrag abgelehnt haben. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.
- (4) Absatz 2 Buchstaben a) und d) finden auch Anwendung, wenn Sie den Vertrag über die beantragte Versicherung oder einen weiteren Vertrag über vorläufige Deckung mit einem anderen Versicherer schließen oder geschlossen haben. Den Vertragsschluss müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Unsere Leistungspflicht ist – soweit nicht etwas anderes vereinbart ist – ausgeschlossen für Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor Unterzeichnung des Antrages Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.
- (2) Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Bedingungen für die Comfort-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung genannten Einschränkungen und Ausschlüsse gelten auch für den vorläufigen Versicherungsschutz.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz kostet Sie grundsätzlich keinen zusätzlichen Beitrag. Wir behalten ausnahmsweise einen Beitrag ein, wenn wir Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes erbringen. Dieser Beitrag entspricht dem ersten oder einmaligen Beitrag für die beantragte Versicherung.
- (2) Die Leistung aus dem vorläufigen Versicherungsschutz ist durch die in § 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsummen begrenzt. Wir behalten höchstens den für diese Höchstsummen zu zahlenden Beitrag ein.
- (3) Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

§ 6 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und – sofern beantragt – die Bedingungen für die Comfort-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung Anwendung.

Wichtige Hinweise

Kündigung

Eine bestehende Versicherung zum Zwecke des Neuabschlusses bei einer anderen Gesellschaft aufzugeben ist im allgemeinen unzumutbar und daher nicht erwünscht.

Gentest

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

Sie beantragen Ihre Lebensversicherung bei der

Condor Lebensversicherungs-AG
Admiralitätstraße 67 – 20459 Hamburg
Postanschrift: 20452 Hamburg
Telefon: (040) 3 61 39 – 990
Telefax: (040) 3 61 39 – 991

Vorsitzender des Aufsichtsrats:

Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger

Vorstand: Dr. Matthias Ising, Ulrike Taube

Sitz: Admiralitätstraße 67, 20459 Hamburg,

Handelsregister Nr. HRB 7763, Amtsgericht Hamburg,

USt-IdNr. DE 179249623