

# Antrag für Ihren Plan D

Für Ihren Schutz gelten die Bedingungen für Plan D BED.DGF.0417

## Versicherungsnehmer

weiblich  männlich  Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

## Versicherte Person – bitte nur ausfüllen, wenn nicht der Versicherungsnehmer versichert werden soll

weiblich  männlich  Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

## Laufzeit von Plan D

Beginn Ihrer Versicherung 01. .20 \_\_\_\_\_

Ende Ihrer Versicherung 01. .20 \_\_\_\_\_

## Tarifbezeichnung

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Leistung aus Plan D

Versichert ist das Paket  Die 9  Die 12  Die 15

Zusätzlicher Schutz  Die Psyche  Der Führerschein  Das Pflege Plus

Sie wünschen eine monatliche Rente von \_\_\_\_\_ Euro.

Solange Sie eine Rente von uns bekommen, müssen Sie keine Beiträge mehr zahlen.

## Das kostet Plan D

Sie zahlen Ihre Beiträge  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Ihr Plan D kostet \_\_\_\_\_ Euro.

Sie zahlen aber nur \_\_\_\_\_ Euro. Sie profitieren von der Beteiligung an den Überschüssen. Diese sind nicht garantiert. Dadurch kann sich Ihr Beitrag ändern.

## Empfänger der Leistung

Die Leistung zahlen wir an den Versicherungsnehmer aus. Soll eine andere Person die Leistung bekommen, nennen Sie uns bitte Vornamen, Namen und Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Wenn die versicherte Person stirbt, zahlen wir keine Leistung aus.



## Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

### Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzuholen.

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

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

##### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass 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. Sie haben einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

##### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

##### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

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 müssen wir die Umstände angeben, 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 Vertragschluss. 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.

## Wichtige Fragen an die versicherte Person

### Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig, sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz und erhalten unter Umständen keine Leistung. Bei nicht wahrheitsgemäßen oder nicht vollständigen Angaben können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen – je nach Verschulden. Beachten Sie hierzu bitte die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, können Sie uns gerne auch direkt mitteilen: Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund; Fax: 0231/22950-495.

### Allgemeine Fragen

Ihr aktueller Beruf \_\_\_\_\_

Ihre Größe \_\_\_\_\_ cm      Ihr aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie Hobbys, bei denen die Gefahr von Unfällen oder Verletzungen erhöht ist?  Nein  Ja  
Hierzu gehören zum Beispiel Kampfsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport oder Extremsport.

Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte Ihre Hobbys:

Zu einigen Hobbys gibt es Fragebögen. Trifft das auf Ihr Hobby zu, füllen Sie bitte mit Ihrem Vermittler den entsprechenden Fragebogen aus.

### Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Wurden Sie in den **vergangenen 5 Jahren** von Ärzten oder Therapeuten beraten, untersucht oder behandelt? Und handelt es sich dabei um Krankheiten, Beeinträchtigungen oder Beschwerden, die länger als **30 Tage ununterbrochen gedauert haben oder noch andauern?**  Nein  Ja

Falls „Ja“, sind für uns diese Angaben wichtig. Ging es dabei um

- a) Sehstörungen, die Sie nicht durch eine Sehhilfe ausgleichen können?  Ja
- b) Hörstörungen, die Sie nicht mit einem Hörgerät ausgleichen können?  Ja
- c) Ihre Konzentration, Ihr Gedächtnis oder Ihr Sprachvermögen?  Ja
- d) Ihren Bewegungsapparat, zum Beispiel die Wirbelsäule, die Beine einschließlich der Füße, die Schultern, Arme einschließlich Hände und Finger?  Ja
- e) Ihr Herz oder Ihre Lunge?  Ja
- f) Gleichgewichtsstörungen oder Schwindel?  Ja
- g) eine festgestellte HIV-Infektion?  Ja
- h) eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit?  Ja

Nein für alle

Haben Sie eine oder mehrere Fragen von a) - h) mit „Ja“ beantwortet, machen Sie bitte genauere Angaben:

Zu Frage	Ihre Krankheiten, Beeinträchtigungen oder Beschwerden:	Wann?	Wie lange?	Diese Folgen sind bis heute geblieben:	Name und Adresse Ihrer behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser:

Bitte nennen Sie uns den Namen und die Adresse des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheit informiert ist:

2. Haben Sie in den **vergangenen 5 Jahren** an mehr als **30 Tagen ununterbrochen** ein Medikament eingenommen oder nehmen Sie **aktuell** ein Medikament?  Nein  Ja

Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte die Medikamente:

Nicht angeben müssen Sie Verhütungs-, Schilddrüsen-, Heuschnupfen- oder Erkältungsmittel.

3. **Hatten Sie** oder **haben Sie aktuell**

- einen Grad der Behinderung (GdB), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder einen Grad der Schädigungsfolgen (GdS),
  - eine Pflegestufe oder einen Pflegegrad,
  - einen gerichtlich bestellten Betreuer,
- oder wurde in den vergangenen zwölf Monaten ein Antrag für einen der oben genannten Punkte gestellt?  Nein  Ja

Falls „Ja“, reichen Sie bitte eine Kopie des Antrags oder des Feststellungsbescheids mit ein.

**Sie möchten den Baustein „Die Psyche“ einschließen? Dazu beantworten Sie bitte zusätzlich diese Frage:**

4. Hat Sie in den **vergangenen fünf Jahren** eine der genannten Personen beraten, untersucht oder behandelt oder wurden Sie dorthin überwiesen:

- Neurologe
- Psychotherapeut
- Psychiater
- Psychoanalytiker
- Psychologe
- Heilpraktiker für Psychotherapie?

Nein  Ja

**Falls „Ja“**, füllen Sie bitte mit Ihrem Vermittler den Fragebogen „Psychische Erkrankungen“ aus und reichen ihn mit ein.

**Sie möchten eine monatliche Rente von mehr als 1.500 Euro vereinbaren?  
Dann beantworten Sie bitte zusätzlich diese Fragen:**

Ihr jährliches Netto-Einkommen beträgt: \_\_\_\_\_ Euro.

Haben Sie bereits private oder betriebliche Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder haben Sie eine dieser Versicherungen beantragt?

Nein  Ja

**Falls „Ja“**, machen Sie hier bitte genauere Angaben:

Name/Art der Versicherung	monatliche Rente

Kommen Sie mit Ihren bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen und der bei Plan D beantragten Rente auf eine monatliche Absicherung von **mehr als 2.500 Euro**? Dann reichen Sie bitte Einkommensnachweise der vergangenen drei Jahre ein.

## Genetische Untersuchungen – Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ob wir Ihnen Schutz anbieten, ist nicht abhängig von genetischen Untersuchungen oder Analysen. Wir dürfen keine Ergebnisse oder Daten aus bereits erfolgten genetischen Untersuchungen annehmen oder verwenden. Dies ist in § 18 Abs. 1 Nr. 2 GenDG geregelt.

### Vorläufiger Schutz bei Plan D

Wenn Ihr Antrag bei uns eingeht, hat die versicherte Person vorläufigen Schutz. Alle Informationen hierzu stehen in den Bedingungen für Plan D BED.DGF.0417.

#### Wichtig:

Damit der vorläufige Schutz gilt, müssen diese Punkte erfüllt sein:

- Der Beginn der Versicherung darf maximal 2 Monate in der Zukunft liegen und
- wir dürfen die Beiträge von Ihrem Konto abbuchen.

Alle Voraussetzungen stehen unter 34 der Bedingungen für Plan D beschrieben.

## Widerrufsbelehrung

### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform widerrufen. Textform heißt zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail. Die Frist beginnt, nachdem Sie folgende Unterlagen jeweils in Textform erhalten haben:

- den Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der Bedingungen für Plan D,
- die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und
- diese Belehrung.

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

Dortmunder Lebensversicherung AG  
Südwall 37 - 41  
44137 Dortmund

Bei einem Widerruf per E-Mail richten Sie den Widerruf bitte an folgende E-Mail-Adresse: kundendienst@die-dortmunder.de.  
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231/22950-574.

### Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Schutz. Wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Schutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich um den unter Ziffer 3 in den weiteren Kundeninformationen ausgewiesenen Betrag. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Schutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen, wie zum Beispiel Zinsen, herauszugeben sind.

### Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

### Unterschrift – Ihre Bestätigung, dass Sie alle Unterlagen erhalten haben

Ich bestätige, dass ich folgende Unterlagen in Textform, das heißt schriftlich oder in anderer lesbarer Form, erhalten habe, bevor ich diesen Antrag unterschrieben habe:

- die Vertragsbestimmungen einschließlich der Bedingungen für Plan D,
- die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung; hierzu gehören das Produktinformationsblatt, die weiteren Kundeninformationen sowie die allgemeinen Steuerhinweise.

Die „Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“ kenne ich. Sie wurden mir ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

### Unterschriften des Versicherungsnehmers und der versicherten Person

Bitte lesen Sie den gesamten Antrag sorgfältig durch. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie ihn zum Inhalt Ihrer Erklärung. Nehmen Sie die mit diesem Antrag ausgehändigten Vertragsinformationen zu Ihren Unterlagen.

Ich bestätige, dass ich alle Unterschriften eigenhändig leiste. Dies gilt auch, wenn ich elektronisch, zum Beispiel auf einem Tablet oder Mobiltelefon, unterschreibe. Ich weiß, dass ich die Unterschriften auch auf einem Papierantrag hätte machen können.

Ich erhalte nach meiner Unterschrift eine Kopie des Antrags.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person,  
wenn diese nicht Versicherungsnehmer ist

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter/s,  
wenn Minderjährige versichert werden

#### Wichtig:

Bitte beachten Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht“ auf den folgenden Seiten. Hier wählen Sie bitte aus, wie wir Daten zu Ihrer Gesundheit von Dritten abfragen dürfen. Sie müssen dies mit Ihrer Unterschrift bestätigen.

### Unterschrift des Vermittlers

Diesen Antrag auf Plan D habe ich aufgenommen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vermittlers

# Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht\*

\* Der Text dieser Erklärung wurde mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Dortmunder Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen (z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister oder an unsere Rückversicherer) weiterleiten zu dürfen.

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

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

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

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

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

## 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass die Dortmunder Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Dortmunder Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Dortmunder Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Dortmunder Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.



### **Möglichkeit II:**

- Ich wünsche, dass mich die Dortmunder Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Dortmunder Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Dortmunder Lebensversicherung AG einwillige
  - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Dortmunder Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

## **2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte bestätigen Sie mit einem Kreuz die folgende Erklärung für den Fall Ihres Todes:

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

## **3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb unseres Unternehmens**

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### **3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

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

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung oder die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, in Einzelfällen nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.die-dortmunder.de](http://www.die-dortmunder.de) eingesehen oder bei der Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund bzw. unter [info@die-dortmunder.de](mailto:info@die-dortmunder.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen können, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag den Rückversicherern 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 Rückversicherer uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen. Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Dortmunder Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

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

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

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

Ich willige ein, dass die Dortmunder Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherungsnehmers

X

Unterschrift der versicherten Person,  
wenn diese nicht der Versicherungsnehmer ist

X

Unterschrift der versicherten Person,  
wenn diese minderjährig ist (mindestens 16 Jahre)

X

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter,  
wenn Minderjährige versichert werden

X

## Anlage zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von (Gesundheits-)Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Folgende Gesellschaften der VOLKSWOHL BUND Versicherungen nehmen an einer gemeinsamen Verarbeitung der Stammdaten teil. Stammdaten sind zum Beispiel Name, Adresse, Geburtsdatum etc.:

Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund  
 VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund  
 VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund  
 prokundo GmbH, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund

Die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. verarbeitet im Auftrag der Dortmunder Lebensversicherung AG Daten, die von der Schweigepflicht geschützt sind, und erhebt, verarbeitet oder nutzt Gesundheitsdaten.

Die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. hat folgenden anderen Stellen (Unternehmen und Personen) Aufgaben übertragen, die Datenverarbeitung als Hauptgegenstand haben und bei denen von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten verarbeitet werden:

General Reinsurance AG  Medicals Direct Deutschland GmbH Infoscore Consumer Data GmbH Creditreform	Risikobeurteilung Schadenabwicklung Unterstützung bei Leistungsanträgen Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung) Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
--	---

Darüber hinaus arbeiten die Gesellschaften der VOLKSWOHL BUND Versicherungen mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten/von der Schweigepflicht geschützte personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen, bei denen die Datenverarbeitung jedoch kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Kategorien	Übertragene Aufgaben
Gutachter, Sachverständige und Schadenregulierer  Adressermittler Rechtsanwaltskanzleien Inkassounternehmen IT-Wartungsdienstleister IT-und Telekommunikationsdienstleister Entsorger Dienstleister für Reha-, Hilfs- und Pflegeleistungen Übersetzungsbüros Auslandsregulierungsbüros	Risikobeurteilung Schadenabwicklung Adressprüfung Rechtsverfolgung, Rechtsberatung Einzug von Forderungen Wartung von Systemen/Anwendungen IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber Aktenentsorgung Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen Übersetzungen Abwicklung von Schäden mit Auslandsbezug

### Hinweis zur Übermittlung personenbezogener Daten an Dienstleister – Widerspruchsrecht

Eine Übermittlung personenbezogener Daten an die oben genannten Dienstleister erfolgt nur, wenn dies zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses oder zur Wahrung unserer berechtigten Interessen (z. B. im Rahmen der Risikoprüfung oder Schaden- und Leistungsbearbeitung) erforderlich ist. Die Übermittlung im Rahmen einer Funktionsübertragung nach Art. 22 Code of Conduct unterbleibt, wenn der Betroffene widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass sein schutzwürdiges Interesse wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse des Auftraggebers an einer Übermittlung übersteigt.

## Vermittler-Informationen

Vermittler-Informationen		
Name	Produktions-BD	<b>HV</b>
Registrierungsnummer HV	Verwaltungs-BD	Bestand
<b>Infofeld</b>		

## Informationen zur vereinfachten maschinellen Erfassung

