

Versicherungsnehmer

Name, Vorname

 Herr Frau

Geburtsdatum/Ort

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk

Staatsangehörigkeit

PLZ, Ort

E-Mail*

telefonisch erreichbar*

Versicherte Person gleichzeitig Versicherungsnehmer Herr Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum/Ort

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk

Staatsangehörigkeit

PLZ, Ort

E-Mail*

telefonisch erreichbar*

* freiwillige Angaben

Beantragte Versicherung

Versicherungsbeginn (12 Uhr mittags) Eintrittsalter (Beginnjahr minus Geburtsjahr) Versicherungsdauer

.20**Jahre****lebenslang****Versicherungssumme bei Invalidität**

(20.000 € bis 100.000 €; bei schwerer Einschränkung eines bestimmten Körperteils oder Sinnesorgans infolge eines Unfalls, Leistung verdoppelt sich bei Verlust einer Grundfähigkeit infolge eines Unfalls)

€

monatliche Rentenleistung bei Herzinfarkt/Schlaganfall

(bis zu 2 % der Versicherungssumme)

€

monatliche Rentenleistung auch bei Krebserkrankung

(Höhe entspricht der Leistung bei Herzinfarkt/Schlaganfall)

 ja nein**mit Einmalleistung bei Armbruch/Oberschenkelhalsbruch**

(2 % der Versicherungssumme)

 ja nein**Partnerrabatt** Liegen die Voraussetzungen für einen Partnerrabatt in Höhe von 3 % vor? Ja (siehe Information zum Partnerrabatt auf Seite 5)

Name, Vorname des Partners

IPOS-Nummer bzw. Versicherungsnummer des Partners

Zahlungsweise monatlich ¼-jährlich ½-jährlich jährlich **Prämie**

Die Prämien sind nach Zahlungsweise kalkuliert und inklusive gesetzlicher Versicherungssteuer.

Dynamik¹⁾ Erhöhung der Anfangsversicherungssumme jährlich um 1% 2% 3% 4% 5%¹⁾ Die Dynamikerhöhung endet, wenn die versicherte Person das Alter 75 Jahre (Beginnjahr minus Geburtsjahr) erreicht hat. Bei Abschluss im Eintrittsalter von 71 - 75 erhalten Sie noch bis zu 5 Dynamisierungsangebote. Die Dynamisierung ist begrenzt auf 100.000 € Versicherungssumme. Die Prämie steigt nicht im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssumme.**Bezugsberechtigung bei Tod**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Einzugsermächtigung Bitte ziehen Sie die Prämien für die beantragte Versicherung bis auf Widerruf von folgendem Konto ein

Name, Vorname Kontoinhaber (falls nicht Versicherungsnehmer)

Anschrift Kontoinhaber (falls nicht Versicherungsnehmer)

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Geldinstitut

Unterschrift Kontoinhaber (falls nicht Versicherungsnehmer)

Lassen Sie die Versicherbarkeit vorab prüfen! IDEAL Risikoprüfungshotline: 030/ 25 87 -100**Voranfrage-Nr.****Erklärung der zu versichernden Person**Bitte lesen Sie die Erklärungen, kreuzen Sie die entsprechenden Antworten an und überprüfen Sie die korrekte Beantwortung. Für die vollständige und richtige Beantwortung sind der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person verantwortlich. Eine unrichtige Angabe gefährdet Ihren Versicherungsschutz. Lesen Sie vor Abgabe der Erklärung die „**Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung**“. Sie finden die Hinweise auf Seite 5 des Antrags.**Ich erkläre**, dass bei mir kein Grad der Behinderung von 50 und mehr und keine Pflegebedürftigkeit vorliegen, dass ich keinen ärztlich diagnostizierten Herzinfarkt oder Schlaganfall hatte, keine Stent- oder Bypassoperation oder Herzkatheteruntersuchung durchgeführt wurden, keine Verengung der Halsschlagadern und kein Diabetes mit einer Dauer länger als 5 Jahre vorliegen.

In den letzten 12 Monaten wurde ich nicht wegen einer Erkrankung des Herzens stationär behandelt. Bei mir liegt keine Osteoporose mit Spontanfrakturen vor.

Trifft diese Erklärung in vollem Umfang zu?*** ja nein**Nur zu erklären, wenn der Einschluss der Krebserkrankung beantragt wird:****Ich erkläre**, dass ich in den letzten 10 Jahren nicht aufgrund einer Krebserkrankung (einschließlich Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems, Morbus Hodgkin und maligne Knochenmarkserkrankungen) oder eines Gehirntumors in ärztlicher Behandlung war. Es liegt kein positiver ärztlicher Befund oder ärztlicher Verdacht einer Krebserkrankung/Gehirntumor vor und es stehen keine Ergebnisse einer Krebsvorsorgeuntersuchung aus.**Trifft diese Erklärung in vollem Umfang zu?***** ja nein

***** Sollten Sie eine der beiden Erklärungen mit „nein“ beantworten**, geben Sie bitte zwecks erweiterter Antragsprüfung in dem nachstehenden Freitextfeld oder ggf. auch auf einem separaten Blatt, nachstehende Einzelheiten an: ärztliche Bezeichnung Ihrer Krankheiten oder Gesundheitsstörungen, Behandlungszeiträume – verordnete Medikamente (Namen und Dosierung), ob die Krankheit ausgeheilt ist oder welche Beschwerden noch bestehen.

Nennen Sie uns darüber hinaus Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist:

Bitte erteilen Sie für den von Ihnen benannten Arzt unter 2.1 unter Ankreuzen der Möglichkeit II auf Seite 3 auch Ihre Einwilligung zur Datenerhebung bei diesem.

Anzahl Extrablätter

Einzelheiten zur Gesundheitserklärung:

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Wir führen und verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten sowie Ihre Bankverbindung innerhalb der IDEAL Gruppe in gemeinsamen Datensammlungen. Diese nutzen wir, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige

Zuordnung Ihrer Post oder Prämienzahlungen) und um Ihnen schriftliche Informationen und Angebote über unsere Produkte zukommen zu lassen. Sie können gemäß § 34 BDSG jederzeit Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten per E-Mail unter datenschutz@ideal-versicherung.de oder telefonisch unter 030/ 25 87 -0 beantragen. Darüber hinaus können Sie Anspruch auf die Berichtigung Ihrer Daten haben, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Sie können Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten haben, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Der vorliegende Text der Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungsklausel für die Risikoprüfung beruht auf der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungsklausel für die Lebens- und Krankenversicherung, die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden und dem Verbraucherzentrale Bundesverband abgestimmt worden ist.)

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, benötigt die IDEAL Versicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigt die IDEAL Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Ihrem betreuenden Vermittler weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der IDEAL Versicherung AG 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 sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

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

Die IDEAL Versicherung AG verpflichtet die Vermittler vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die IDEAL Versicherung AG

Ich willige ein, dass die IDEAL Versicherung 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 (gilt nur für die Versicherte Person)

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 die IDEAL Versicherung AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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 Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die IDEAL Versicherung AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich 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 (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Pflichtfelder – Bitte kreuzen Sie die Möglichkeit I oder die Möglichkeit II an, sonst können wir den Vertrag nicht annehmen.

Ich entscheide mich für:

Möglichkeit I

Ich willige ein, dass die IDEAL Versicherung 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 fünf Jahren vor Antragstellung an die IDEAL Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die IDEAL Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die IDEAL Versicherung 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 IDEAL Versicherung 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 IDEAL Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die IDEAL Versicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

Einwilligung zur Datenerhebung bei benannten Dritten

- Für den Fall, dass ich bereits einen Arzt oder eine sonstige Einrichtung zur Nachfrage im Aufnahmeantrag und bei eventuellen Rückfragen benannt habe, verzichte ich für die Risikoprüfung auf mein Widerspruchsrecht zur Datenerhebung. Das gilt auch für ein entsprechendes bekannt gegebenes Rückversicherungsunternehmen. Von einer Eigenbeschaffung der erforderlichen Unterlagen sehe ich ab.

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 IDEAL Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurde 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 die IDEAL Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der

Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein. (Siehe Möglichkeit I unter 2.1)

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der IDEAL Versicherung AG

Die IDEAL Versicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit:

- General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln (als Dienstleister für mögliche Risikoeinschätzungen)
- Partner Reinsurance Company Ltd., Bellerivestrasse 36, CH 8034 Zurich Switzerland

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung (gilt für die Versicherte Person)

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die IDEAL Versicherung AG benötigt 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 IDEAL Versicherung 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 IDEAL Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten entbinde ich die für die IDEAL Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die IDEAL Versicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der IDEAL Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die IDEAL Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die IDEAL Versicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die IDEAL Versicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und die Verwendung benötigt die IDEAL Versicherung AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die IDEAL Versicherung AG meine Gesundheitsdaten übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die IDEAL Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der IDEAL 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 (gilt für die Versicherte Person)

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die IDEAL Versicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die IDEAL Versicherung AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 IDEAL Versicherung AG 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 IDEAL Versicherung AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden

Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die IDEAL Versicherung AG unterrichtet.

Die Rückversicherer sind:

- General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln
- Partner Reinsurance Company Ltd., Bellerivestrasse 36, CH 8034 Zurich
Switzerland

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

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die IDEAL Versicherung AG gibt 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 (Annahme unter Einschränkung des Versicherungsschutzes) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde und ob Einschränkungen zur Versicherbarkeit bestimmter Pflegestufen vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über Einschränkungen bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die IDEAL Versicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen 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 (gilt für die Versicherte Person)

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die IDEAL Versicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten wer-

den bei der IDEAL Versicherung AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die IDEAL Versicherung 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 Versicherungsnehmer

X

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

X

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise zu widerrufen. Wenn der Versicherungsnehmer nicht die Versicherte Person ist, so ist auch die Einwilligung der Versicherten Person notwendig.

Empfangsbestätigung (gilt nicht bei Angebotsanforderung)

Hiermit bestätige ich, dass ich alle auf Seite 6 aufgeführten Vertragsinformationen in Textform vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten habe.

Datum/Unterschrift Versicherungsnehmer

X

Ich wünsche keine erneute Zusendung der Vertragsinformationen mit dem Versicherungsschein.

Für den Fall, dass mich ein Versicherungsmakler beraten hat, bevollmächtige ich ihn, die Vertragsinformationen nach § 7 Abs.1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und §§ 1-4 der VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) mit Wirkung für mich entgegenzunehmen.

Besondere Vereinbarung

Hier können Sie z. B. ein besonderes Bezugsrecht, den ausdrücklichen Verzicht auf die Erteilung der Informationen vor Abgabe der Vertragserklärung oder einen abweichenden Policenversand (z. B. an Ihre Bank) mit uns vereinbaren.

** Hinweis zur Angebotsanforderung (wenn gewählt)

Mit dieser Angebotsanforderung stellen Sie keinen verbindlichen Antrag. Auf Basis Ihrer Angaben erstellen wir Ihnen ein für uns verbindliches Angebot. Dieses Angebot müssen Sie anschließend ausdrücklich annehmen. Die Annahmelmöglichkeiten werden wir Ihnen mit dem Angebot mitteilen. Bitte beachten Sie, dass wir ein verbindliches Angebot nur erstellen können, wenn Sie alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß machen. Von der Erlaubnis zum Einzug der Prämien wird nur im Falle des Zustandekommens des Versicherungsvertrages Gebrauch gemacht.

Wichtiger Hinweis

Bitte lesen und unterschreiben Sie die Schweigepflichtentbindungs- und Einwilligungserklärungen, bevor Sie die Vertragserklärung unterschreiben. Diese enthalten Anforderungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und sind für einen Vertragsschluss stets erforderlich. Des Weiteren finden Sie auf Seite 3 wichtige Informationen zur Verwendung Ihrer Daten. Informationen zur Gestaltung des Widerrufsrechts und dem Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist können Sie der Seite 6 entnehmen. Mit Ihren Unterschriften bestätigen Sie Ihre Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

X

X

Es wird bestätigt, dass die gesamten Antragsunterlagen von/mit dem Versicherungsnehmer ausgefüllt und von diesem unterschrieben wurden und die erforderlichen Unterlagen vor Antragstellung vorlagen.

VPa-Nummer

Externe VPa-Nummer

IHK-Registernummer

Unterschrift Vertriebspartner

Information zum Partnerrabatt

Partnerrabatt: Der Partnerrabatt wird solange gewährt, wie beide Partner bei der IDEAL Versicherung AG mit einem IDEAL KrankFallSchutz versichert sind.

Als Partner gelten der Ehepartner, Lebenspartner im Sinne des Partnerschaftsgesetzes (LPartG) und Lebensgefährten in eheähnlicher Gemeinschaft mit gleicher Anschrift.

Vertragsinformationen (gilt nicht bei Angebotsanforderung)

Vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung müssen wir Ihnen als Versicherungsnehmer **alle vertragsrelevanten Informationen aushändigen**.

Im Einzelnen sind dies die nachfolgend genannten **Bestandteile der Vertragsinformationen**:

- Antrag IDEAL KrankFallSchutz
- Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung
- Produktinformationsblatt
- Verbraucherinformationen
 - Informationen zum Versicherer
 - Informationen zur Leistung
 - Informationen zum Vertrag
 - Informationen zum Rechtsweg
- Allgemeine Versicherungsbedingungen des IDEAL KrankFallSchutz

Sie haben auch das Recht, ausdrücklich auf die vollständige Aushändigung der vertragsrelevanten Informationen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung zu verzichten. Dies erklären Sie bitte in dem dafür vorgesehenen Feld „Besondere Vereinbarung“ auf Seite 5. Bitte bestätigen Sie dies mit Ihrer Unterschrift. Die vollständigen vertragsrelevanten Informationen bekommen Sie dann mit dem Versicherungsschein zugesandt.

Schlussfolgerungen des Versicherungsnehmers zur Pflegerentenversicherung (gilt nicht bei Angebotsanforderung)

Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

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

Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, ggf. der Besonderen und Ergänzenden Bedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 VVG-InfoV und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312g Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum BGB. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

Per Post: IDEAL Versicherung AG, Kochstr. 26, 10969 Berlin

Per E-Mail: service@ideal-versicherung.de

Per Telefax: 030/ 25 87 - 80

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten.

Dabei handelt es sich um den im Antrag bzw. Angebot ausgewiesenen Betrag, der anteilmäßig entsprechend den Tagen der Risikotragung berechnet wird.

Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 VVG zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Nebenabreden

Diese sind nur mit schriftlicher Zustimmung der IDEAL Versicherung AG wirksam. Vertriebspartner sind hierzu nicht berechtigt.

Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer, damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen und einordnen können, ist es notwendig, dass Sie und die Versicherte Person alle gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, aber auch für die von Ihnen abzugebenden Erklärungen. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. 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. Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

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

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen 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. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, 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. Haben Sie oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Vertragsanpassung und rückwirkender Verlust des Versicherungsschutzes

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann dazu führen, dass Sie für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall Ihren Versicherungsschutz rückwirkend verlieren. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der nächsten Fälligkeit Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte 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 Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Wir dürfen weitere Umstände nachträglich angeben, sofern die Frist dafür noch nicht abgelaufen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung 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 oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Anfechtung

Unser Recht, den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt davon unberührt bestehen.

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 Vertragsanpassung 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.