

## Erklärungen zum Antrag

|                          |      |
|--------------------------|------|
| Versicherungsnummer      | RINR |
| Datum der Antragstellung |      |

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.  
Im gesamten Dokument werden einheitlich die Bezeichnungen Antrag und Antragsteller verwendet. Bei Angebotsanfrage sind hier das Angebot und die um das Angebot bittende Person gemeint.

|  |   |              |
|--|---|--------------|
| Antragsteller (Versicherungsnehmer): Name, Vorname | Versicherte Person: Name, Vorname                     | Geburtsdatum |
| Berufliche Tätigkeit                               | Art des Betriebes, der Branche, Behörde, Dienststelle |              |

## Gesundheitserklärung und Angaben zur beruflichen Tätigkeit

**Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen nachfolgend in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Falls Sie die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder die Anfechtung zu erklären, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Einzelheiten dazu finden Sie in der auf der Seite 5 vor dem Abschnitt mit den Unterschriften abgedruckten Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG.**

### Fragen an die versicherte Person

#### 1 Allgemeine Fragen: bitte immer beantworten

|   |   |
|---|---|
| <p>1.1 Wurden in den letzten 5 Jahren bereits Anträge auf Lebens-, Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherungen bei anderen Versicherungen zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Wenn ja, bei welcher Versicherung? Bitte ggf. Versicherungsnummer angeben.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hinweis:<br/>Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die ausgewählte Versicherung hinsichtlich meiner Angaben zu den Vorversicherungen ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Versicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.</p> <p>1.2 Bestehen besondere Gefahren im Beruf (z. B. Flugrisiko, Arbeiten mit explosiven/radioaktiven/giftigen oder infektiösen Stoffen, Aufenthalt in Krisengebieten) oder im Sport oder Freizeit</p> | <p>(z. B. Flug-/Luftsport, Drachen- oder Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen, Auto- oder Motorradsport, Rennfahrten, Bergsport, Tauchen, Kampfsport, Extremsport)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1.3 Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen bzw. sich dort aufzuhalten?<br/>Wenn ja: Welches Land/Region? Wann? Wie lange? Zweck des Aufenthaltes?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1.4 Körpergröße <input type="text"/> cm Körpergewicht <input type="text"/> kg</p> <p>1.5 Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse am besten informiert?<br/>(Bitte Namen und Anschrift angeben)</p> |
|---|---|

#### 2 Gesundheitsfragen

|   |   |
|---|---|
| <p>Eine Offenlegung von bereits durchgeführten prädiktiven Gentests wird nicht verlangt und vorgelegte Befunde aus prädiktiven Gentests werden nicht verwertet, sofern die insgesamt für die versicherte Person bei Versicherungsunternehmen beantragten bzw. bereits abgeschlossenen Versicherungssummen weniger als 250.000 EUR bzw. Jahresrenten weniger als 30.000 EUR betragen.</p> <p>Ein prädiktiver Gentest ist eine Untersuchung auf das Vorliegen einer Erbgutveränderung. Dabei wird das Erbmaterial eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit untersucht.</p> | <p>Bitte nennen Sie uns die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie das Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Wichtig ist dabei, dass Sie uns - ohne eigene Bewertung - alle Ihnen bekannten Gesundheits- und Funktionsstörungen und/oder Beschwerden und/oder Krankheiten angeben. Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Bitte beachten Sie, dass diese Beispiele nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem jeweiligen Antwortbereich umfassen – die Beispiele entsprechen keiner abschließenden Aufzählung.</p> |
|---|---|

**Haben Sie mindestens eine Frage der Fragenblöcke 2.0 oder 2.1 mit "ja" beantwortet, beantworten Sie bitte den gesamten Fragenblock 2.2 und 2.3. Die vereinfachten Gesundheitsfragen sind nur einmal pro versicherter Person möglich. Bei einer weiteren Antragstellung ist die Beantwortung der Fragenblöcke 2.2 und 2.3 erforderlich.**

#### 2.0 Gesundheitsfragen für: Rentenversicherungen mit Beitragsbefreiung bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit (Bruttojahresbeitrag bis einschließlich 1.200 EUR, Eintrittsalter max. 40 Jahre)

|   |   |
|---|---|
| <p>2.0.1 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Antragsstellung/Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (GdB/MdE), einer Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder einer Pflegestufe? Grad der Behinderung/Minderung der Erwerbsfähigkeit <input type="text"/> %</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>2.0.2 Beziehen oder bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt? Wenn ja, seit wann und aus welchen Gründen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|---|---|

#### 2.1 Gesundheitsfragen für: Rentenversicherungen mit Versicherungsschutz für Berufs-/Erwerbsunfähigkeit (Bruttojahresbeitrag + Jahresbarrente bis einschließlich 6.000 EUR, sofern Ziffer 2.0 nicht zutrifft)

|  |   |
|--|---|
| <p>2.1.1 Waren Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen mehr als 10 Arbeitstage ununterbrochen arbeitsunfähig?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2.1.2 Waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen der Wirbelsäule, des Bewegungsapparates, der Psyche, der Nerven, des Stoffwechsels, der</p> | <p>Atmungsorgane, des Herzens oder des Kreislaufs in Behandlung, Untersuchung oder Beratung bei Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Neurologen oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (wie z. B. Heilpraktiker, Krankengymnasten, Physiotherapeuten)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|--|---|

**2.2 Gesundheitsfragen für:**

- Rentenversicherungen mit Versicherungsschutz für Berufs-/Erwerbsunfähigkeit (Bruttojahresbeitrag + Jahresbarrente über 6.000 EUR oder sofern mindestens eine Frage der Fragenblöcke 2.0 oder 2.1 mit "ja" beantwortet wurde)
- Hinterbliebenenabsicherungen
- Lebensversicherungen
- Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten
- Pflegerentenversicherung (Jahresbetrag der Pflegerente bis zu 12.000 EUR)

2.2.1 Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen nein ja

- des Herzens oder des Kreislaufs (denken Sie auch an ärztlich festgestellten Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herz(klappen)fehler, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, ärztlich behandelter Schwindel, Embolie, Thrombose, Venenleiden usw.)? □ □  
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?
- der Atmungsorgane (denken Sie auch an Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Schlafapnoe usw.)? □ □  
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?
- des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle (denken Sie auch an Entzündungen in diesen Organen, Magen- oder Darmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, erhöhte Leberwerte, Leberzirrhose, Hepatitis, Sodbrennen usw.)? □ □  
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?
- der Nieren sowie der Harn- und Geschlechtsorgane (denken Sie auch an Unterleib, Brust, Nierensteine/-entzündung/-versagen, Blasenentzündungen, Blut oder Eiweiß im Urin usw.)? □ □  
Sofern Geschlechtsorgane: Gutartig? Bösartig?   
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?
- der Haut (denken Sie auch an Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Muttermal-/Leberfleckentfernung, Verbrennungen ab 2. Grades usw.)? □ □  
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?  
  
Bei Muttermal-/Leberfleckentfernung: Gutartig? Bösartig?
- des Gehirns oder des Nervensystems (denken Sie auch an Anfallsleiden/Epilepsie, Demenz, Alzheimer, Parkinson, Multiple Sklerose, Lähmungen, Taubheitsgefühl, Migräne oder mehr als dreimal pro Monat Kopfschmerzen usw.)? □ □  
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?
- des Stoffwechsels (denken Sie auch an Zuckerkrankheit/Diabetes, Harnsäureerhöhung/Gicht, erhöhte Cholesterin- oder Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankung usw.)? □ □  
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?
- des Blutes oder Tumorerkrankungen (denken Sie auch an Blutarmut, Bluterkrankheit, Eisenmangel, Blutkrebs/Leukämie, Krebs usw.)? □ □  
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

- durch akute oder chronische Infektionen (denken Sie auch an Malaria, Tuberkulose usw.)? nein ja □ □  
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?
- psychosomatischer bzw. psychischer Ursache (denken Sie auch an Angstzustände, Erschöpfungszustand, ärztlich festgestellte und/oder behandelte Belastungsreaktion, chronische Müdigkeit, Burnout-Syndrom, Essstörung, Reizdarm, Neurose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS/ADHS), Psychose, Schizophrenie, Selbsttötungsversuch usw.)? □ □  
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

2.2.2 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Betäubungsmittel/Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt? □ □  
Wenn ja: Welche? Wann? Wie lange? Welcher Arzt und/oder Behandler?

2.2.3 Haben Sie sich einem oder mehreren operativen Eingriffen (stationär: innerhalb der letzten 10 Jahre; ambulant: innerhalb der letzten 5 Jahre) unterzogen – auch mittels Laser –, sich aus gesundheitlichen Gründen (stationär: innerhalb der letzten 10 Jahre, ambulant: innerhalb der letzten 5 Jahre) in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium aufgehalten? □ □  
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

2.2.4 Werden Sie gegenwärtig oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (wie z. B. Heilpraktiker, Krankengymnasten, Physiotherapeuten) beraten, untersucht oder behandelt? □ □  
Wenn ja: Wann? Warum? Welcher Arzt und/oder Behandler?

2.2.5 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb des letzten Jahres verschreibungspflichtige Medikamente ein? Nehmen oder nahmen Sie innerhalb des letzten Jahres rezeptfreie Medikamente länger als eine Woche ununterbrochen ein? □ □  
Wenn ja, Name der Medikamente, warum, wann und wie oft eingenommen?

2.2.6 Rauchen Sie mehr als 35 Zigaretten täglich? □ □  
Wenn ja: Wie viele insgesamt täglich?

2.2.7 Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? □ □  
Wenn ja: Wann?

2.2.8 Wurde bei Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 5 Jahren ein kontroll- oder behandlungsbedürftiger Befund festgestellt? □ □  
Wenn ja: Wann? Welcher Befund?

**Zusätzliche Frage bei Abschluss einer Risikolebensversicherung (RIV) oder einer Risiko-Zusatzversicherung (RIZ)**

Angaben zum Rauchverhalten:  
Rauchen ist das Konsumieren von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Rauchtobak (Feinschnitt oder Pfeifentabak) oder sonstigem Tabak unter Feuer. Hierzu zählen ebenso die Benutzung eines elektrischen oder elektronischen Geräts wie beispielsweise einer e-Zigarette, einer e-Zigarre oder e-Pfeife.

2.2.9 Haben Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv kein Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen und beabsichtigen Sie auch nicht, dies in Zukunft zu tun?  
 ja (Nichtraucher)  nein (Raucher)  
Vereinbart ist:  
Ändert sich während der Versicherungsdauer Ihr Rauchverhalten (vom Nichtraucher zum Raucher), so müssen Sie uns dies unverzüglich schriftlich mitteilen (Gefahrerhöhung).

**Hinweis: Sofern Versicherungsschutz für Berufs-/Erwerbsunfähigkeit oder Pflegerente beantragt wird, beantworten Sie bitte zusätzlich den Fragenblock 2.3.**

**2.3 Zusätzliche Gesundheitsfragen zu 2.2 für:**

- **Versicherungsschutz für Berufs-/Erwerbsunfähigkeit**
- **Pflegerentenversicherung (Jahresbetrag der Pflegerente mehr als 12.000 EUR)**

2.3.1 Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen nein ja

- des Bewegungsapparates, Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder (denken Sie auch an Bewegungseinschränkungen, nicht altersbedingte vorzeitige Abnutzung, Rückgrat- oder Wirbelsäulenverkrümmung, ärztlich behandelte Nacken- oder Rückenbeschwerden, Bandscheibenvorfall oder -vorwölbung, Hexenschuss, Lumbago, Gleitwirbel, Ischias, Bechterew-Krankheit, Meniskusverletzung, Rheuma, Fibromyalgie, (Kreuz)Bandriss usw.)? □ □  
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?
- der Augen (denken Sie auch an Fehlsichtigkeit, Gesichtsfeldeinschränkungen, erhöhter Augendruck (grüner Star), Hornhaut- oder Netzhauterkrankung, Linsentrübung (grauer Star), Schielen, Laserung usw.)? □ □  
Bei Fehlsichtigkeit: bitte Dioptrienwerte angeben:  
rechts  links   
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?
- der Ohren (denken Sie auch an vermindertes Hörvermögen, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen usw.)? □ □  
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

2.3.2 Bestehen derzeit bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (Behinderungen, Fehlbildungen, Folgen von oder Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen)? nein ja □ □  
Wenn ja: Was genau?

2.3.3 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Antragsstellung/ Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (GdB/MdE), einer Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder einer Pflegestufe? □ □  
Grad der Behinderung/Minderung der Erwerbsfähigkeit  %

2.3.4 Beziehen oder bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt? □ □  
Wenn ja, seit wann und aus welchen Gründen?

**Frage 2.3.5 nur beantworten bei Abschluss einer Pflegerentenversicherung**

2.3.5 Wie hoch sind Ihre zu erwartenden Ansprüche bei Pflegebedürftigkeit aus bereits bestehenden privaten Versicherungsverträgen?  
Pflegerente  EUR pro Jahr  
Welche Versicherung?

**3 Zusätzliche Gesundheitsfragen für Pflegerentenversicherungen ab dem Eintrittsalter 65 Jahre**

3.1 Sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt? nein ja  
Wenn ja, wie oft, weshalb? □ □

3.2 Benötigen Sie Hilfe und/oder Unterstützung nein ja

- bei der Zubereitung und Aufnahme von Nahrung (denken Sie auch an das Schmieren von Broten, dem Schneiden der Mahlzeit, die Nahrung zum Mund führen usw.)? □ □
- beim Waschen und/oder Baden (denken Sie auch an das Ein- oder Aussteigen aus der Badewanne/Dusche, das Waschen schwer erreichbarer Körperregionen usw.)? □ □
- bei sonstiger täglicher Körperpflege (denken Sie auch an das Kämmen, Zähne putzen, das Rasieren usw.)? □ □
- beim An- und/oder Auskleiden? □ □

- beim vollständigen Toilettengang (denken Sie auch an das selbstständige Hinsetzen/Aufstehen, an- und auskleiden usw.)? □ □
- beim Hinsetzen oder Aufstehen (denken Sie auch an das Hinlegen/ Aufstehen in/aus dem Bett, das Aufrichten von einem Stuhl usw.)? □ □
- um sich im Haus zu bewegen oder das Haus zu verlassen (denken Sie auch an die Benutzung eines Treppenliftes usw.)? □ □
- bei der häuslichen Arbeit (denken Sie auch an das Putzen, das Aufräumen usw.)? □ □
- beim Einkaufen? □ □

3.3 Benutzen Sie eine Gehhilfe (denken Sie auch an einen Spazierstock, Gehwagen, Rollstuhl usw.)? □ □

3.4 Haben Sie Schwierigkeiten mit der Kontrolle von Urin und/oder Stuhlgang? □ □

**4 Zusätzliche Fragen zu 2.2 und 2.3, wenn**

- **Versicherungsschutz für Berufs-/Erwerbsunfähigkeit beantragt wird und die Jahresleistung insgesamt (Bruttojahresbeitrag + Jahresbarrente) über 12.000 EUR beträgt.**

4.1 Bitte kennzeichnen Sie die Art Ihrer Tätigkeit: nein ja

Vollzeit  Teilzeit  Std./Woche

befristet bis   ABM bis

Führungsverantwortung für  Mitarbeiter

Bürotätigkeit zu  %

handwerklich/körperlich tätig zu  %

künstlerisch/gestalterisch tätig zu  %

Reisetätigkeit zu  %

Ggf. Dauer, Anzahl und Ziel der Reisen angeben.

Haben Sie einen Meisterbrief? □ □

Wenn ja: Seit wann?

Welches Gewerk?

4.2 Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? □ □  
Wenn ja: Wann und weshalb?

**Die Fragen 4.3 und 4.4 bitte zusätzlich beantworten, wenn eine monatliche Rente von mehr als 1.000 EUR gewünscht wird.**

4.3 Bitte geben Sie Ihr derzeitiges **Bruttomonatseinkommen** sowie das gesamte **Bruttojahreseinkommen** der letzten beiden Jahre an (Angestellte: einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld; Selbstständige: Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern):

|                 |   |               |
|-----------------|---|---------------|
| derzeit         | <input style="width: 100%;" type="text"/> | EUR monatlich |
| Vorjahr         | <input style="width: 100%;" type="text"/> | EUR pro Jahr  |
| vorletztes Jahr | <input style="width: 100%;" type="text"/> | EUR pro Jahr  |

4.4 Wie hoch sind Ihre zu erwartenden Ansprüche bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit aus bereits bestehenden privaten Versicherungsverträgen?

Berufsunfähigkeit  EUR pro Jahr  
Welche Versicherung?

Erwerbsunfähigkeit  EUR pro Jahr  
Welche Versicherung?

Dienstunfähigkeit  EUR pro Jahr  
Welche Versicherung?

**Grundsätzlich ab einer BU/EU-Jahresrente von über 24.000 EUR inkl. bereits bestehender BU/EU-Vorverträge - auch bei anderen Versicherungen (ggf. auch in Einzelfällen bei geringeren BU/EU-Jahresrenten):**

Bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre von unabhängiger Stelle einreichen:

- **Bei Angestellten, Geschäftsführern, Rückdeckungsversicherung:** z. B. Dezember-Gehaltsabrechnungen einschließlich Nachweis des aktuellen/laufenden Bruttofestgehaltes, Einkommensteuerbescheide, Steuerberaterbescheinigungen
- **Bei Selbstständigen/Freiberuflern:** z. B. Jahresabschluss, G+V-Rechnung, (Dezember)-BWA des laufenden oder letzten Jahres, Steuerberaterbescheinigungen

**Vollständigkeit der Angaben**

- Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig sind.
- Beigefügt sind  Seiten als Anlage (bitte beachten: je Seite Unterschrift der versicherten Person erforderlich).
- Ich reiche Unterlagen innerhalb von 14 Tagen nach.

**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**

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 ausgewählte Versicherung daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die ausgewählte Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die ausgewählte Versicherung 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. Assistancegesellschaften, HIS-Betreiber oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der ausgewählten Versicherung 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 ausgewählte Versicherung selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ausgewählten Versicherung (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 die ausgewählte Versicherung**

Ich willige ein, dass die ausgewählte Versicherung die von mir im 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**

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 ausgewählte Versicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (ärztliche Befundberichte, Gutachten, Schwerbehindertenbescheide etc.) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die ausgewählte Versicherung 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.

Die dazu erforderliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

**3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ausgewählten Versicherung**

Die ausgewählte Versicherung 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 ausgewählte Versicherung 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 ausgewählte Versicherung 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 ausgewählte Versicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ausgewählte Versicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die ausgewählte Versicherung 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 SIGNAL IDUNA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die ausgewählte Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die ausgewählte Versicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ausgewählte Versicherung erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung als Anlage beigefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste](http://www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste) eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter *SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund* oder der Mailadresse [info@signal-iduna.de](mailto:info@signal-iduna.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die ausgewählte Versicherung Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die ausgewählte Versicherung 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 ausgewählte Versicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA 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**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ausgewählte Versicherung 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 ausgewählte Versicherung 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 ausgewählte Versicherung 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 ausgewählte Versicherung 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 ausgewählte Versicherung unterrichtet.

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 ausgewählte Versicherung tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

**3.4 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)**

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall-einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die ausgewählte Versicherung an das HIS melden. Die ausgewählte Versicherung und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein

**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortsetzung)**

berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die ausgewählte Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die ausgewählte Versicherung tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2).

**3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Die ausgewählte Versicherung 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 (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 ausgewählte Versicherung meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten 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, speichert die ausgewählte Versicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die ausgewählte Versicherung zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4). Die ausgewählte Versicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der ausgewählten Versicherung und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die ausgewählte Versicherung 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.

**Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG**

Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:

Je nachdem, ob Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig, leicht fahrlässig oder schuldlos verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen.

Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Außerdem ist in diesem Fall der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Sofern Sie diese Anzeigepflicht verletzen, ohne dass Sie vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend und bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Bevor Sie die Erklärungen zum Antrag unterschreiben, prüfen Sie bitte, ob die gestellten Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihrer beruflichen Tätigkeit wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet sind und lesen Sie bitte die Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht sowie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“. Durch Ihre Unterschrift machen Sie diese zum Inhalt des Antrages.

Eine Zweitschrift dieser Erklärungen zum Antrag wird sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

|       |  |  |   |
|-------|--|--|---|
|       |  |  |   |
| Datum | Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)                     | Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag nicht selbst stellt und mindestens 14 Jahre alt ist | Eigenhändige Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn Antragsteller oder versicherte Person minderjährig ist |
|       | Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen (ggf. auch den Geburtsnamen) enthalten. |  |   |