

Antrag auf Lebens-/Rentenversicherung

- FV** – Private Vorsorge **FV** – Basisversorgung
 LV – Private Vorsorge **LV** – Basisversorgung



ZURICH

Wichtig! Jede Änderung muss vom Antragsteller bescheinigt werden!

Vertriebs- gesell.		Agenturnummer	Personalnummer	Anteil % Vermittler	BWS/PBS	ratierl.	Referenzvertragsnummer (falls vorhanden)				
						<input type="checkbox"/>	Wiederanlage <input type="checkbox"/>				
						<input type="checkbox"/>	Vertriebsstelle	Zielgruppe		SC-Nr.	
							Vertriebsweg				
							Antragsnummer				
							Schlüssel bei ext. Gesellschaft				
							Kundennummer Bank				

Allgemeine Kundendaten Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Bei mehreren Versicherungsnehmern bitte Zusatzformular „Erklärung Versicherungsnehmer gemeinsam“ beifügen.

- Herr Frau

Name bzw. Firmenbezeichnung

- zu versichernde Person (1. VP), wenn sie selbst den Antrag stellt

Bei **Basisversorgung** sind Antragsteller und zu versichernde Person immer identisch!

- Firma

Vorname

Titel*

Geburtsdatum

Familienstand*

Geburtsname (falls anders lautend)

Geburtsort

Geburtsland

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

- Deutschland

Telefonnummer mit Vorwahl

E-Mail-Adresse*

Staatsangehörigkeit

Genauere Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit/Branche

Steueridentifikationsnummer (für gesetzliche Meldeverfahren)

Tätigkeitsstatus:

- unbefristet angestellt befristet angestellt Beamter (auf Lebenszeit) Beamter (übrige) Freiberufler/Selbständiger
 Student in Ausbildung Sonstige: _____

- zu versichernde Person (1. VP) Nur ausfüllen, wenn sie nicht selbst Antragsteller ist – **nicht bei Basisversorgung** –.

- zu versichernde Person (2. VP)

- Herr Frau

Name

Vorname

Titel*

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Familienstand*

Telefonnummer mit Vorwahl

E-Mail-Adresse*

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Geburtsort/-land

Geburtsname (falls anders lautend)

Genauere Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit

Branche

Tätigkeitsstatus:

- unbefristet angestellt befristet angestellt Beamter (auf Lebenszeit) Beamter (übrige) Freiberufler/Selbständiger
 Student in Ausbildung Sonstige: _____

Angaben des Antragstellers gemäß Geldwäschegesetz (ausgenommen sind SBU/SEU)

- zur Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten – stets erforderlich –

- Ich handele auf eigene Veranlassung.

- Ich handele auf Veranlassung eines Dritten:

Name, Vorname des Dritten

Geburtsdatum

Anschrift

- wenn der Antragsteller eine natürliche Person ist:

- Personalausweis-Nr.

- Reisepass-Nr.

ausgestellt am

Ausstellungsbehörde

gültig bis (Ablaufdatum)

- Das Ausweisdokument lag im Original vor.

- Die **Kopie des o. g. Ausweisdokumentes** (Vorder- und Rückseite) wurde dem Antrag beifügt.

Hinweis: Wir sind als Versicherer gesetzlich verpflichtet, eine Kopie des Ausweisdokumentes zu archivieren.

- wenn der Antragsteller eine juristische Person ist, bitte das Zusatzformular 521022434 „Aufzeichnungen gemäß Geldwäschegesetz für juristische Personen/Personengesellschaften“ ausgefüllt beifügen:

- Der Registerauszug, der Gesellschaftsvertrag, die Satzung oder sonstige beweiskräftige Dokumente des Antragstellers wurden dem Antrag beifügt.

- wenn eine andere Person für den Antragsteller auftritt und den Antrag unterzeichnet: – stets erforderlich bei juristischen Personen/Personengesellschaften –

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort/-land

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

- Das Ausweisdokument lag im Original vor.

- Die **Kopie des vorgelegten Ausweisdokumentes** (Vorder- und Rückseite) wurde dem Antrag beifügt.

- Die **Berechtigung zur Vertretung** des Antragstellers wurde geprüft und **ein Nachweis liegt dem Antrag bei** (z. B. Vollmacht, gerichtlicher Bestattungsnachweis, Registerauszug, Geburtsurkunde).



Politisch exponierte Person (PEP)

Der Antragsteller oder ein etwaiger wirtschaftlich berechtigter Dritter oder ein Bezugsberechtigter ist eine „Politisch exponierte Person“ (PEP), ein naher Angehöriger einer PEP oder eine einer PEP bekanntermaßen nahestehende Person. ja nein

Falls zutreffend, bitte das Zusatzformular „Gesonderte Erklärung „Politisch exponierte Person“ (PEP)“ ausgefüllt beifügen!

Identifizierung von Steuerpflichtigen im Ausland

Bei Privater Vorsorge: (ausgenommen sind Risiko-LV, SBU/SEU)

■ gemäß FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) – Identifizierung von US-Steuerpflichtigen

Wir sind gesetzlich verpflichtet, jeden Kunden auf eine US-Steuerpflicht zu überprüfen. US-steuerpflichtig sind beispielsweise US-Staatsbürger oder Personen, die in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) zu steuerlichen Zwecken länger als 183 Tage ansässig sind. Sollten Sie US-steuerpflichtig im Sinne der gesetzlichen Vorschriften sein, sind wir verpflichtet dies der zuständigen deutschen Steuerbehörde zu melden.

Ich bestätige, dass ich in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) nicht steuerpflichtig bin.

Ich bestätige, dass ich kein US-Staatsbürger bin.

■ gemäß FKAustG (Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz)

Nach § 3a FKAustG sind Antragsteller verpflichtet, die Selbstauskunft zur steuerlichen Ansässigkeit vollständig und richtig zu erteilen; diesbezügliche Änderungen sind innerhalb von 90 Tagen bzw. bis zum Jahresende mitzuteilen. Durch die Vorgaben zum automatisierten internationalen Steuerdatenaustausch ist Zurich verpflichtet, zur Prüfung und Erfüllung von Meldeverpflichtungen Daten von Vertragspartnern und aus Verträgen begünstigter Personen zur steuerlichen Ansässigkeit sowie, soweit vorhanden, deren Steueridentifikationsnummer zu erheben und zu verarbeiten. Sollten Sie im Sinne des internationalen Steuerdatenaustauschs im Ausland steueransässig sein, sind wir verpflichtet, dies der zuständigen deutschen Steuerbehörde zu melden.

Sind Sie in einem Land **außerhalb von Deutschland steuerlich ansässig?** (ausgenommen USA) ja nein

Wenn ja, bitte angeben: (falls erforderlich, auf einem separaten Blatt weitere Steueridentifikationsnummern ergänzen)

Land	Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)	<input type="checkbox"/> Steuer-ID wird umgehend nachgereicht
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Steuer-ID wurde nicht zugewiesen
Land	Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)	<input type="checkbox"/> Steuer-ID wird umgehend nachgereicht
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Steuer-ID wurde nicht zugewiesen

Wichtiger Hinweis für Antragsteller als „juristische Person/Rechtsträger“:

Sind Sie bzw. Ihr Unternehmen im Ausland steuerlich ansässig, fügen Sie dem Antrag bitte das **Zusatzformular „Identifizierung von Rechtsträgern gemäß FATCA und FKAustG“ (521050284)** bei. Wir sind verpflichtet den Rechtsträger und dessen/deren Eigentümer vor Vertragsabschluss zu identifizieren.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60ZZ0000023236

Ich/Wir ermächtige(n) Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/Wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN (IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder Ihrer EC-Karte; die deutsche IBAN ist immer 22 Stellen lang)

BIC

Name des Kreditinstituts

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Datum

Unterschrift/en des/der Kontoinhaber/s



Wenn Kontoinhaber abweichend vom Antragsteller (Bei Basisvorsorge ist eine vom Antragsteller abweichende Person nur zulässig bei zusammenveranlagten Ehepartnern, wenn Beiträge vom Konto des Ehepartners gezahlt werden.):

Vorname, Name, Postleitzahl, Ort, Straße und Hausnummer

Empfänger der Versicherungsleistungen

■ Bei Privater Vorsorge (widerruflich Bezugsberechtigter):

■ Im Erlebensfall bei (Regelbasierter) Fondsgebundener Versicherung/Rentenversicherung/Risikolebensversicherung

(Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen!)

Versicherungsnehmer 1. VP 2. VP oder: Name Vorname Geburtsdatum

Bei sofort beginnenden Rentenversicherungen bitte zusätzlich angeben:

IBAN (IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder Ihrer EC-Karte; die deutsche IBAN ist immer 22 Stellen lang)

BIC

Name des Kreditinstituts

■ Im Todesfall (Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen!)

der dann mit der zu versichernden Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner/eingetragene Lebenspartner oder: Name Vorname Geburtsdatum

die überlebende zu versichernde Person bei verbundenen Leben oder: Name Vorname Geburtsdatum

■ Bei Zahlung einer Rente aus der Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder der Selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung/Selbständigen Erwerbsunfähigkeitsabsicherung ist die zu versichernde Person, für die die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente abgeschlossen wird, **widerruflich bezugsberechtigt**, sofern nachfolgend kein anderes Bezugsrecht verfügt wird.

Soll eine andere Person widerruflich bezugsberechtigt sein, muss das Näheverhältnis zur zu versichernden Person zwingend angegeben werden.

Versicherungsnehmer oder: Name Vorname Geburtsdatum

Wichtig! Bitte wählen Sie den **Personenkreis** aus, der das **Näheverhältnis zur zu versichernden Person** beschreibt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ehegatten/eingetragene Lebenspartner | <input type="checkbox"/> Pflegeeltern/-kinder |
| <input type="checkbox"/> Verwandte in gerader Linie, z. B. Eltern, (Adoptiv-)Kinder, (Ur-)Enkel, (Ur-)Großeltern | <input type="checkbox"/> Verschwägerter in gerader Linie, z. B. Schwieger-/Stiefeltern, Schwieger-/Stiefkinder |
| <input type="checkbox"/> Geschwister und deren Ehegatten/eingetragene Lebenspartner | <input type="checkbox"/> Pflegekinder des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners |
| <input type="checkbox"/> Geschwister der Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner | <input type="checkbox"/> Geschwister der Eltern |
| <input type="checkbox"/> Kinder der Geschwister | |

■ Bei Basisversorgung:

Im Erlebensfall: Versicherungsnehmer. Eine Änderung des Erlebensfall-Bezugsrechtes ist nicht zulässig.

Im Todesfall: Im Falle des Todes der versicherten Person wird die vereinbarte Hinterbliebenenleistung in Form einer Rente an die Hinterbliebenen gezahlt. Die für die Basisversorgung im Sinne des EStG geltende Hinterbliebenenregelung ist in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Basisversorgung abgebildet.

Versicherungsumfang

Datum der Erstellung

Vorschlag Nummer

Ich beantrage Versicherungsschutz gemäß dem Persönlichen Vorschlag vom

■ Nur bei Fondsgebundener Versicherung - Private Vorsorge: Entnahmeplan

Ich wünsche die unverbindliche Vormerkung des Entnahmeplans gemäß dem Persönlichen Vorschlag. ja

■ Nur bei Risikolebensversicherung: Angaben des Antragstellers zum Absicherungszweck

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben in der beigefügten „Erklärung des Antragstellers zum Absicherungszweck“.

■ Nur bei Privater Vorsorge: Dynamische Anpassungen (Dynamik)

Die dynamische Anpassung wird

- bei Rentenversicherungen gegen laufenden Beitrag nur beantragt, sofern die versicherte Person das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- bei der Risikolebensversicherung nur beantragt, sofern die versicherte Person das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder die anfängliche Todesfallsumme (ggf. inkl. Todesfallbonus) 500.000 EUR nicht überschreitet.

Ich beantrage die jährliche Anpassung meiner Versicherungsleistungen. Maßgebend für die jeweilige Erhöhung ist eine Anhebung des Beitrags um 5 %, bzw. 3 % bei Selbständiger Berufsunfähigkeitsversicherung/Selbständiger Erwerbsunfähigkeitsabsicherung, sofern im Persönlichen Vorschlag kein anderer Prozentsatz vermerkt ist.

Alternativ: Maßgebend für die Erhöhung soll eine Anhebung des Beitrags um % sein. Ich wünsche keinen Dynamikeinschluss.

Erhaltsbestätigung

Rechtzeitiger Erhalt der Informationsunterlagen

Bedenken Sie, dass Sie mit dem Abschluss dieser Versicherung eine langfristige Bindung eingehen. Deshalb sieht der Gesetzgeber vor, dass Ihnen die unten aufgeführten Unterlagen rechtzeitig vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung überlassen werden.

Damit Sie die wesentlichen Vertragsmerkmale der von Ihnen gewünschten Versicherung vor Abgabe der Willenserklärung prüfen können, wurden Ihnen die nachfolgend aufgeführten Informationsunterlagen in Textform überlassen:

Bei Privater Vorsorge:

■ Basisinformationsblatt (nicht bei Sofortrente, Risiko-LV, SBU/SEU) als Papier als Datei per E-Mail*

Formular-Nr. Stand Aushändigungsdatum

Formular-Nr. Stand Aushändigungsdatum

Formular-Nr. Stand Aushändigungsdatum

oder

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (nur bei Sofortrente, Risiko-LV, SBU/SEU) wie Persönlicher Vorschlag

und bei Einschluss von Zusatzversicherungen:

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (für BUZ/EUZ) wie Persönlicher Vorschlag

■ Persönlicher Vorschlag als Papier als Datei per E-Mail*

■ Vertragsbestimmungen (Verbraucherinformation)

aufgeführt auf der letzten Seite des Persönlichen Vorschlags unter „Weitere wichtige Informationen“ als Papier als Datei per E-Mail*

Bei Basisversorgung:

■ Produktinformationsblatt und Persönlicher Vorschlag als Papier als Datei per E-Mail*

■ Vertragsbestimmungen (Verbraucherinformation)

aufgeführt auf der letzten Seite des Persönlichen Vorschlags unter „Weitere wichtige Informationen“ als Papier als Datei per E-Mail*

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die oben genannten Unterlagen rechtzeitig erhalten haben.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

* E-Mail-Adresse

Bitte E-Mail-Adresse angeben!

Ihnen wurden die oben genannten Unterlagen als Datei per E-Mail überlassen.

Mit der folgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie vor Übermittlung der Unterlagen über die Versendung per E-Mail informiert wurden. Sie bestätigen ferner, dass Sie mit der Übermittlung der Unterlagen an die oben genannte E-Mail-Adresse einverstanden waren und dass Sie auf die Unterlagen zugreifen können, die an die oben genannte E-Mail-Adresse geschickt wurden.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

Besondere Vereinbarungen (Nur ausfüllen, sofern eine Vereinbarung getroffen werden soll.) Der Antrag gilt nur, wenn folgende besondere Vereinbarung zustande kommt.
Wichtig! Bei **Basisversorgung** bitte hier keine Vereinbarungen zu Zuzahlungen und Dynamik aufnehmen. Falls gewünscht, müssen diese zwingend im Persönlichen Vorschlag enthalten sein.

Datenschutzhinweise

Weitere „Informationen zur Verwendung Ihrer Daten“ bei der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG sowie unsere Dienstleisterliste haben wir Ihnen in der Verbraucherinformation bereits übermittelt. Sie finden diese außerdem in der jeweils aktuellen Fassung unter www.zurich.de/datenschutz und können sie darüber hinaus per E-Mail an die E-Mail-Adresse datenschutz@zurich.com anfordern. An diese E-Mail-Adresse können auch Fragen zum Datenschutz bei Zurich gestellt werden.

Einwilligung des Antragstellers in die vertragsbezogene Kontaktaufnahme

Ich willige ein, von der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, den weiteren Gesellschaften der Zurich Gruppe Deutschland* sowie dem für mich zuständigen Vermittler vertragsbezogen wie folgt kontaktiert zu werden. Ja, per E-Mail Telefon

Meine Einwilligung kann ich – ohne Auswirkung auf meinen Versicherungsvertrag – jederzeit formlos und kostenlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, z. B. unter www.zurich.de/einwilligung.

* Gesellschaften der Zurich Gruppe Deutschland: siehe unter www.zurich.de/gesellschaftsangaben

Einwilligung des Antragstellers in die Kontaktaufnahme zu Kundenbefragungen und interessanten Angeboten

Gern möchten wir von Ihnen lernen und erfahren, wie Sie den Kontakt mit uns empfinden. Um Sie zukünftig nach Ihren Erfahrungen fragen und auf aktuelle Entwicklungen sowie interessante Angebote aufmerksam machen zu dürfen, bitten wir Sie um Ihr Einverständnis.

Ich willige ein, von der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, den weiteren Gesellschaften der Zurich Gruppe Deutschland* sowie dem für mich zuständigen Vermittler zu Kundenzufriedenheits-Umfragen bzw. Marktforschungszwecken oder zu Versicherungsprodukten und sonstigen Finanzdienstleistungen der Zurich Gruppe Deutschland sowie deren Kooperationspartner** kontaktiert zu werden:

Ja, per E-Mail Telefon (Festnetz) Telefon (Mobil) Messenger-Dienst (z. B. SMS)

Meine Einwilligung kann ich – ohne Auswirkung auf meinen Versicherungsvertrag – jederzeit formlos und kostenlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, z. B. unter www.zurich.de/einwilligung.

* Gesellschaften der Zurich Gruppe Deutschland: www.zurich.de/gesellschaftsangaben

** Kooperationspartner: www.zurich.de/de-de/ueber-uns/unternehmen/zurich-gruppe-deutschland/gesellschaften-und-partner

Rücktrittsrecht (nur Basisversorgung)

Erfüllen wir als Versicherer unsere Verpflichtungen zur vorvertraglichen Information nach § 7 Absatz 1 AltZertG nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig, können Sie als Vertragspartner innerhalb von zwei Jahren nach der Abgabe der Vertragserklärung vom Vertrag zurücktreten. Der Rücktritt ist innerhalb von drei Monaten ab Erlangung der Kenntnis vom Rücktrittsgrund zu erklären.

Hinweise auf Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung, Wichtige Hinweise und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die auf den nachfolgenden Seiten stehende „**Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung**“ sowie die „**Wichtigen Hinweise**“.
Sie sind wichtige Bestandteile des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift dokumentieren Sie deren Kenntnisnahme.

Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle hier beantragten Versicherungen und Einwilligungen. Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der zu versichernden Person (1. VP), wenn sie selbst den Antrag stellt

Unterschrift der zu versichernden Person (1. VP)

Unterschrift der zu versichernden Person (2. VP)

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

Es betreut Sie (Stempel/Aufkleber):

Geschäftsstelle/Filiale

Ihr Ansprechpartner

Unterschrift Ihres Kundenberaters/Vermittlers

Telefon Ihres Kundenberaters/Vermittlers

IHK-Registernummer

Ich bestätige, dem Antragsteller eine Kopie des Antrags ausgehändigt zu haben.

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
50427 Köln · www.zurich.de

Bankverbindung: Deutsche Bank AG Bonn, IBAN: DE14 3807 0059 0025 1009 00, BIC: DEUTDE330

Aufsichtsratsvorsitzende: Bettina Bornmann. Vorstand: Dr. Carsten Schildknecht (Vors.), Jawed Barna (stellv. Vors.), Björn Bohnhoff, Ulrich Christmann, Horst Nussbaumer, Dr. Torsten Utecht.

Sitz der Gesellschaft: Köln. Amtsgericht: Köln (HRB 100486). UStID-Nr.: DE811326023

Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung

(Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Bitte geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, Deutzer Allee 1, 50679 Köln, in Textform 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 entnehmen Sie bitte der nachstehenden Information.

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.

Was passiert, wenn Sie falsch antworten?

Wenn Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung, bzw. auch danach bis Vertragsschluss, falsche Angaben zu gefahrerheblichen Umständen machen, nach denen wir Sie ausdrücklich in Textform gefragt haben, können wir – ggf. auch noch nach längerer Zeit – vom Vertrag zurücktreten, kündigen oder den Vertrag anpassen. Das kann unter Umständen sogar zur Folge haben, dass wir keine Versicherungsleistungen erbringen müssen, auch wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.

Im Einzelnen gilt bei Verletzungen der Anzeigepflicht Folgendes:

■ Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Der Rücktritt hat zur Folge, dass der Vertrag rückwirkend beseitigt wird. 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. Bei der Lebensversicherung haben Sie zusätzlich Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

■ Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, sind wir berechtigt, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem

Monat zu kündigen. Bei der Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag 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.

Haben Sie die Anzeigepflicht unverschuldet verletzt, verzichten wir auf das Recht zur Kündigung.

■ Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Der Vertrag gilt dann von Beginn an als zu den anderen Bedingungen abgeschlossen. Haben Sie die Anzeigepflicht unverschuldet verletzt, verzichten wir auf das Recht zur Vertragsanpassung.

Legen wir dar, und beweisen wir, dass wir den Vertrag nur mit einem Risikoausschluss wegen des nicht angezeigten Umstands abgeschlossen hätten, und verlangen wir eine solche Vertragsanpassung rechtzeitig innerhalb der Monatsfrist, entfällt der Versicherungsschutz rückwirkend, wenn der Versicherungsfall auf dem nicht oder falsch angezeigten Umstand beruht.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung 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 Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht weisen wir Sie in unserer Mitteilung hin.

■ Ausübung unserer Rechte

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

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

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss bei Lebensversicherungsverträgen, bzw. mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss bei Erwerbs- und Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherungen. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

■ 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 sowohl 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.

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
50427 Köln · www.zurich.de

Bankverbindung: Deutsche Bank AG Bonn, IBAN: DE14 3807 0059 0025 1009 00, BIC: DEUTDE3308

Aufsichtsratsvorsitzende: Bettina Bornmann. Vorstand: Dr. Carsten Schildknecht (Vors.), Jawed Barna (stellv. Vors.), Björn Bohnhoff, Ulrich Christmann, Horst Nussbaumer, Dr. Torsten Utecht.

Sitz der Gesellschaft: Köln. Amtsgericht: Köln (HRB 100486). UStID-Nr.: DE811326023



Erklärung der zu versichernden Person

Ihr Versicherungsvermittler berät Sie in Vorsorgefragen. Unsere Antragsprüfer bewerten Ihre Risiko- und Gesundheitsangaben. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten oder kündigen und ggf. Leistungen verweigern.

Beachten Sie hierzu – bevor Sie die nachfolgenden Fragen beantworten – unbedingt die „Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung“. Sie befindet sich unmittelbar vor diesem Fragebogen.

Bitte beachten Sie außerdem den „Hinweis zum Gen-Diagnostik-Gesetz (GenDG)“, den Sie auf Seite zehn des Antrages finden.

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, holen Sie bitte unverzüglich und unmittelbar in Textform gegenüber der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG nach. Falls solche zusätzlichen Angaben folgen oder wenn der vorhandene Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht, bitte Zutreffendes ankreuzen.

Folgen noch weitere Angaben? ja, liegen dieser Erklärung auf einem Zusatzblatt bei ja, werden nachgereicht

Bereits vorgenommene genetische Untersuchungen oder Analysen sind grundsätzlich nicht anzugeben. Wenn jedoch der Gentest im Rahmen der Diagnose über bestehende Erkrankungen oder über Vorerkrankungen eingesetzt wurde, sind uns im Rahmen Ihrer Kenntnisse uneingeschränkt immer Angaben zu machen, soweit wir danach fragen (z. B. Frage nach Untersuchungen). Alle nachfolgenden Beispiele können nicht sämtliche Erkrankungsbegriffe umfassen. Die Beispiele haben daher keinen abschließenden Charakter.

Vorversicherungen und besondere Gefährdungen

ja nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie 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.

- 1 a) Bestehen für Sie bereits Lebensversicherungen oder wurden solche in den letzten 5 Jahren beantragt? ...
Wenn ja: bei welchen Versicherungsunternehmen? ... Höhe der Todesfallsumme?
b) Wurden in den letzten 5 Jahren Lebensversicherungsanträge von Ihnen bei anderen Gesellschaften zu erschwerten Bedingungen (z. B. Risikozuschlag) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? ...
Wenn ja: von welcher Gesellschaft? ... Wann?
2 a) Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z. B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten), bei Sport oder Hobby (z. B. Flugsport/Drachenfliegen/Fallschirmspringen, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen, Reitsport, Extremsportarten, Kampfsportarten) ausgesetzt oder nehmen Sie an Motor(rad)sportveranstaltungen teil? ...
Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben oder fügen Sie die jeweilige Zusatzklärung bei:
b) Nur auszufüllen bei Risikolebensversicherungen.
Fahren Sie ein motorisiertes Zweirad mit einem Hubraum über 50 ccm, Quad oder Trike (auch saisonal, nicht als Beifahrer)? ...
3 Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein Land außerhalb der Europäischen Union (EU) zu reisen? ...
Wenn ja, bitte hier Einzelheiten angeben (z. B. Reiseziel, Beginn und Dauer des geplanten Aufenthaltes):

Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

- 4 Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr derzeitiges Gewicht an: [] cm [] kg
5 Bitte geben Sie uns Name und Adresse Ihres Hausarztes oder des Arztes an, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist: []
6 Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht und/oder Nikotin konsumiert?* ...
* Definition: Rauchen und/oder Nikotinkonsum ist a) Rauchen von Zigarette, Zigarillo, Zigarre, Pfeife, Shisha oder Wasserpfeife b) Konsum von E-Zigarette, E-Pfeife.
7 Bestehen körperliche oder geistige Beeinträchtigungen (Funktionseinschränkungen, Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen), oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente oder Pension, oder wurde ein Grad der Behinderung (GdB) bzw. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) oder eine Wehrendienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder in den letzten 5 Jahren beantragt? ...
Frage b) und c) sind nur auszufüllen bei Risikolebensversicherungen.
b) Werden Sie derzeit oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktiker oder in Krankenhäusern (auch ambulant) beraten, untersucht, und/oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten:
bösaartige Tumorerkrankungen, Suizidversuch, psychische- oder psychosomatische Erkrankung, Schlaganfall, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzfehler, Herzschwäche, Alkohol- oder Drogenkonsum, Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit, Diabetes mellitus, Thrombose, Nierenfunktionsstörungen, Lähmungen oder eine HIV-Infektion? ...
c) Wurden Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen länger als 4 Wochen regelmäßig (täglich, wöchentlich, monatlich) oder mehr als 6 Monate bedarfsweise (z. B. mit Tabletten, Spritzen, Infusionen, Sprays, Psychotherapie) behandelt? ...

Wenn Sie eine der Fragen unter 7 mit „ja“ beantwortet haben: Welche und aus welchem Grund? Bitte Einzelheiten angeben.

Die folgenden Gesundheitsfragen beziehen sich auf Gegebenheiten der letzten 5 Jahre.

- 8 Werden Sie derzeit oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe durch Ärzte, Psychologen, Psycho- oder Physiotherapeuten, Heilpraktiker oder in Krankenhäusern (auch ambulant) beraten, untersucht, und/oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten?
8.1 Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen
a) des Herzens oder der Kreislauforgane (z. B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Schwindel, Thrombose, Venenleiden)? ...
b) der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörung)? ...
c) des Magens, des Darms, der Leber, der Galle, der Bauchspeicheldrüse (z. B. Magen- oder Darmgeschwür, Entzündungen im Bereich der Speiseröhre, des Magens und des Darms, Fettleber, Leberentzündung [Hepatitis], erhöhte Leberwerte, Gallensteine)? ...
d) der Nieren, der Harnwege, der Prostata, der Unterleibsorgane (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostataentzündung, Eierstockentzündung)? ...

Risiko-/Gesundheitsfragebogen

ja nein

▼ ▼

- e) der Haut (z. B. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen)?
 - f) des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke (wie Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie- oder Sprunggelenke), der Muskeln, Sehnen oder Bänder (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Rückgratverkrümmung, Rückenbeschwerden, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Abnutzung/Verschleiß, Rheuma, Fibromyalgie)?
 - g) des Gehirns oder des Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Migräne, Kopfschmerz)?
 - h) der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Sehhörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankung, grauer oder grüner Star)?
 - i) der Ohren (z. B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Tinnitus, Lärmschaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)?
 - j) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)?
 - k) des Blutes (z. B. Anämie, Blutkrebs [Leukämie], Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit)?
 - l) der Psyche (z. B. depressive Stimmungen, Depressionen, Angstzustände, Belastungsreaktionen, Essstörungen, Erschöpfungszustände, Trauerreaktionen)?
- 8.2 Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Tuberkulose, Borreliose, Hirnhautentzündung [Meningitis], Syphilis, Malaria, Gelbfieber) und damit verbundene Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen?

Die folgenden Gesundheitsfragen beziehen sich auf Gegebenheiten der letzten 10 Jahre.

- 9 Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren Operationen unterzogen oder sich aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium aufgehalten, oder sind Operationen oder solche Aufenthalte in der Vergangenheit angedacht, aber nicht durchgeführt worden?
- 10 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe beraten, untersucht oder behandelt, oder sind solche Maßnahmen vorgesehen?
- a) gut- oder bösartige Tumorerkrankungen (Krebs)?
 - b) Suizidversuch?
 - c) Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmitteln?
 - d) Folgen von Alkoholenuss oder Alkoholabhängigkeit?
 - e) HIV-Infektion (positiver AIDS-/HIV-Test)?

Bitte geben Sie hier Einzelheiten zu den Fragen 7 bis 10 an, wenn bejaht.

Bitte geben Sie **alle** im jeweiligen Fragezeitraum liegenden Beeinträchtigungen, Erkrankungen, Gesundheits- oder Funktionsstörungen, Behandlungen, Operationen, stationären Aufenthalte etc. an mit näheren Einzelheiten zur Behandlung bzw. zum Behandlungserfolg.

Was lag oder liegt vor? Angabe des Grundes	Von – bis	Geben Sie Ärzte, Psychologen, Psycho- oder Physiotherapeuten, Heilpraktiker oder Krankenhäuser, Heil- und Kuranstalten, Rehakliniken, Sanatorien an, bei denen wir Informationen einholen und Einsicht in die medizinischen Unterlagen nehmen können (Name, Anschrift).	Folgenlose Heilung? Ja, seit wann? Nein, welche Beschwerden oder Funktionsstörungen bestehen noch?

Die nachstehenden zusätzlichen Fragen sind nur zu beantworten, wenn Sie eine Risikolebensversicherung und/oder BUZ-/EUZ-Beitragsbefreiung (nur Frage 11) und/oder eine SBU/SEU bzw. BUZ/EUZ-Rente (Fragen 11 und 12 a) bis d)) wünschen.

- 11 Angaben zur beruflichen Tätigkeit:
- a) Welchen Beruf bzw. welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?
- b) Welcher ist Ihr höchster erreichter Berufs-/Bildungsabschluss?
- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Master/Magister/Diplom/Staatsexamen | <input type="checkbox"/> Weiterbildung zum Techniker | <input type="checkbox"/> Fachkraftausbildung nach dem Pflegeberufsgesetz | <input type="checkbox"/> abgeschl. (sonstige) Berufsausbildung |
| <input type="checkbox"/> Bachelor | <input type="checkbox"/> Meisterprüfung/Industriemeister | <input type="checkbox"/> abgeschl. handwerkliche Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> abgeschl. Fachschulausbildung |
| <input type="checkbox"/> Betriebs-/Fachwirt | <input type="checkbox"/> Pflegestudium an (Fach-)Hochschule | <input type="checkbox"/> abgeschl. kaufmännische Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> keine berufliche Ausbildung |
| | | <input type="checkbox"/> abgeschl. technische Berufsausbildung | |
- c) Zu wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit arbeiten Sie im Büro und üben dort eine Bürotätigkeit aus?
- | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> weniger als 20 % | <input type="checkbox"/> 20 bis 39 % | <input type="checkbox"/> 40 bis 59 % | <input type="checkbox"/> 60 bis 79 % | <input type="checkbox"/> 80 bis 100 % |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
- d) Wie viele fest angestellte Mitarbeiter (Mindestarbeitszeit 20 Stunden pro Woche) führen Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit einschließlich Mitarbeiter der Ihnen unterstellten Führungskräfte?
- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine Mitarbeiter | <input type="checkbox"/> 1 bis 3 Mitarbeiter | <input type="checkbox"/> 4 bis 9 Mitarbeiter | <input type="checkbox"/> 10 bis 15 Mitarbeiter | <input type="checkbox"/> 16 bis 30 Mitarbeiter | <input type="checkbox"/> mehr als 30 Mitarbeiter |
|--|--|--|--|--|--|
- e) Wie ist Ihr derzeitiger beruflicher Status? (Bitte nur **einen** Status ankreuzen.)
- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> unbefristet angestellt | <input type="checkbox"/> länger als 6 Monate befristet angestellt | <input type="checkbox"/> wiederholt befristet beim gleichen Arbeitgeber angestellt | <input type="checkbox"/> befristet angestellt |
| <input type="checkbox"/> Beamter (auf Lebenszeit) | <input type="checkbox"/> Beamter (übrige) | <input type="checkbox"/> Freiberufler/Selbständiger | <input type="checkbox"/> Student |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | <input type="text"/> | | |
- f) **Nur zu beantworten, wenn Sie als Arzt tätig sind:**
Führen Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit überwiegend ambulante oder stationäre chirurgische Eingriffe durch? ja nein

- 12 Angaben zur beruflichen Tätigkeit und zu bereits vorhandenen Absicherungen der zu versichernden Person, für die eine BU/EU(Z)-Rente eingeschlossen werden soll:
- a) Wie hoch ist Ihr jährliches Brutto-Arbeitseinkommen* (in Euro) im letzten Kalenderjahr gewesen?
- * aus nicht-selbständiger (Festgehalt ohne Tantiemen) und/oder selbständiger Tätigkeit (Gewinn vor Steuern aus Praxis oder Gewerbe nach Abzug aller Betriebsausgaben und betrieblichen Steuern)
- b) Wenn Sie selbständig oder freiberuflich tätig sind: Seit wann?
- Bitte geben Sie uns die Anzahl Ihrer Vollzeit-/Teilzeit-Mitarbeiter an: Vollzeitkräfte Teilzeitkräfte
- c) Bestehen für Sie bereits Absicherungen bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit oder aus Grundfähigkeitsabsicherungen aus privaten oder betrieblichen Versicherungsverträgen (betriebliche Altersvorsorge) oder aus berufsständischen Versorgungswerken, oder sind solche beantragt? ja nein
- Wenn ja, wie hoch sind die bestehenden und beantragten Absicherungen? Angabe in Euro pro Jahr:
- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|--|
| Bestehende/beantragte Absicherungen | bei Dienstunfähigkeit | bei Berufsunfähigkeit | bei Erwerbsunfähigkeit |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | bei Dienstunfähigkeit | bei Verlust von Grundfähigkeiten | aus berufsständischer Versorgung/Versorgungswerk |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- Wichtig:** Übersteigen versicherte und beantragte Renten 2.500 EUR monatlich (inkl. Bonusrenten), so muss der Fragebogen „Finanzen und Beruf“ beantwortet und zusammen mit Einkommensnachweisen (aktuell sowie der letzten drei Jahre) dem Antrag beigefügt werden.
- d) Wurden in den letzten 10 Jahren bei anderen Gesellschaften Anträge auf Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen oder Grundfähigkeitsabsicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder zu erschwerten Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Ausschlussbestimmungen) angenommen? ja nein
- Wenn ja: Wann? Aus welchen Gründen?

- 13 **Nur zu beantworten bei einem Ergänzungsvertrag gemäß Lebensphasenkonzept:**
Haben Sie in den letzten 10 Jahren Leistungen aus einer Absicherung von Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit oder aus einer Grundfähigkeitsabsicherung erhalten oder beantragt oder waren Sie länger als 6 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt? ja nein

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 Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG („Zurich“) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt Zurich Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt Zurich 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. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister oder Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

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

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

- durch Zurich selbst (unter 1),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb Zurich (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 Zurich

Ich willige ein, dass Zurich 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 Zurich 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 Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit sie erforderlich ist. Zurich benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB 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 Zurich – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, Sozialversicherungsträgern, gesetzlichen sowie privaten 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 Zurich übermittelt werden.

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

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung 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 Zurich 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 Zurich 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 entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

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).

Möglichkeit II:

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn ein Bezugsrecht eingeräumt ist – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb Zurich

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

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

Zurich 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 Zurich Gruppe Deutschland oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt Zurich Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Zurich führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für Zurich erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie in den Ihnen überlassenen Verbraucherinformationen. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.zurich.de/see eingesehen oder bei Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, Deutzer Allee 1, 50679 Köln, Telefon 0221 7715-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt Zurich Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass Zurich 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 Zurich dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Zurich Gruppe Deutschland 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 Zurich 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 Zurich 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 Zurich 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 Zurich 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 Zurich 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 Zurich 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 HIS GmbH (Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann Zurich an das HIS melden. Zurich und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt Zurich Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für Zurich 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. 2.1).

3.5 Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Zurich gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige 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 Zurich meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen 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 Zurich Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass Zurich 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). Zurich speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei Zurich und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass Zurich 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.

Bonitätsprüfung

Ich willige ein, dass Zurich Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und zu meiner Berufstätigkeit sowie Bonitätsauskünfte auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung meiner Anschriftendaten zum Zwecke der Risiko- und Leistungsprüfung bei einer Auskunft einholt und nutzt; derzeit sind dies die Creditreform AG, Hellersbergstraße 12, 41460 Neuss und die Reinald Desbalmes GmbH, Münchner Straße 3, 83707 Bad Wiessee. Etwaige Änderungen kann ich bei Zurich erfragen.

Sollten Sie diese Erklärung nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Sie können Ihre Einwilligung jedoch mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen.

Verantwortlichkeit für den Antrag

Die Fragen im Antrag und in etwaigen Zusatzklärungen sind richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass bei nicht richtiger oder unvollständiger Beantwortung mein Versicherungsschutz gefährdet sein kann.

Hinweise auf Schweigepflichtentbindungen- und Einwilligungserklärungen und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte sorgfältig die vorstehenden **Schweigepflichtentbindungs- und Einwilligungserklärungen** (inklusive der in der Verbraucherinformation enthaltenen **Dienstleisterliste** und der **„Information zur Verwendung Ihrer Daten“**).

Mit Ihrer Unterschrift machen Sie diese zum Inhalt Ihres Antrages und bestätigen außerdem, dass Sie von der **„Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung“** Kenntnis genommen haben sowie die Richtigkeit Ihrer Angaben in der **„Erklärung der zu versichernden Person“** auf den Vorseiten.

Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle hier beantragten Versicherungen und Einwilligungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers



Unterschrift der zu versichernden Person

Bei verbundene Leben bitte ankreuzen: 1. VP oder 2. VP

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen



Unterschrift des Kundenberaters/Vermittlers



Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
50427 Köln · www.zurich.de

Bankverbindung: Deutsche Bank AG Bonn, IBAN: DE14 3807 0059 0025 1009 00, BIC: DEUTDE330

Aufsichtsratsvorsitzende: Bettina Bornmann. Vorstand: Dr. Carsten Schildknecht (Vors.), Jawed Barna (stell. Vors.), Björn Bohnhoff, Ulrich Christmann, Horst Nussbaumer, Dr. Torsten Utecht.

Sitz der Gesellschaft: Köln. Amtsgericht: Köln (HRB 100486). UStID-Nr.: DE811326023

Hinweis zum Gen-Diagnostik-Gesetz (GenDG)

Gemäß § 18 GenDG verlangen wir von Ihnen weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen.

Liegt bereits ein Gentest vor oder ist ein solcher veranlasst, der in Zusammenhang mit einer Gesundheitsstörung diagnostischen Zwecken dient, so ist uns über die Durchführung bzw. Veranlassung ebenso wie über die Erkrankungen und Vorerkrankungen selbst, soweit wir Sie danach in Textform gefragt haben, im Rahmen Ihrer Kenntnis uneingeschränkt immer Auskunft zu erteilen, da dann bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen oder bestanden haben, die für die Risikoprüfung von Bedeutung sein können.

Erst ab einer Versicherungsleistung von mehr als 300.000 EUR für den Erlebens- oder Todesfall oder einer Rentenleistung wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit von jährlich mehr als 30.000 EUR dürfen wir von Ihnen die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen unabhängig von bestehenden Erkrankungen oder Vorerkrankungen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden.

Wichtige Hinweise

■ Regelbasierte Fondsgebundene Versicherung (VariolInvest Rente) (VariolInvest BasisRente)

Garantierte Leistung

– Private Vorsorge

Die DEUTSCHER HEROLD Aktiengesellschaft (nachfolgend DHAG genannt), ein Konzernunternehmen der Zurich Gruppe, spricht die rechtlich verbindliche Garantie gegenüber der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG (nachfolgend ZDHL genannt) aus, dass zum Ende der Ansparphase als Gesamtkapital (Guthaben zuzüglich etwaigem Schlussüberschuss) mindestens die Summe der gezahlten Beiträge – abzüglich der Beiträge für Zusatzversicherungen – multipliziert mit dem mit Ihnen vereinbarten Garantie-Prozentsatz (Garantierte Leistung) zur Verfügung steht. Sofern das Gesamtkapital unterhalb dieser garantierten Leistung liegt, wird die DHAG den Differenzbetrag an ZDHL zahlen (Auffüllung).

Eine Haftung für die Erfüllung dieser Garantie übernimmt die ZDHL nicht. Die ZDHL garantiert dem Versicherungsnehmer vielmehr, dass sie ihren Anspruch auf Erfüllung dieser Garantie gegen die DHAG geltend machen wird. Die ZDHL garantiert weiter, dass sie das Guthaben, mit der im Versicherungsschein genannten monatlichen Rente je 10.000 EUR Guthaben lebenslang verrentet.

Ist eine **Verfügungsphase** vereinbart, gilt Folgendes:

Die Garantie der DHAG gilt bereits zum frühestmöglichen Abruftermin. Sie erstreckt sich auf die bis zu diesem Zeitpunkt gezahlten Beiträge multipliziert mit dem mit Ihnen vereinbarten Garantie-Prozentsatz (Garantierte Leistung). Sofern in der Verfügungsphase keine Beiträge gezahlt werden, verlängert sich diese Garantie jeweils um einen Monat bis zum spätestmöglichen Abruftermin. Für Beiträge, die während der Verfügungsphase gezahlt werden, erhöht sich die Garantie der DHAG zu jeder Beitragsfälligkeit um den jeweils gezahlten Beitrag multipliziert mit dem mit Ihnen vereinbarten Garantie-Prozentsatz (Garantierte Leistung). Höchstens erhöht sich die Garantie der DHAG um den um die Abschluss-, Vertriebs- sowie Verwaltungskosten reduzierten Beitrag.

Die Höhe der Garantie teilen wir Ihnen im Persönlichen Vorschlag und im Versicherungsschein mit.

Ändern Sie die planmäßig zu zahlenden Beiträge während der Laufzeit des Vertrages gilt Folgendes:

Sofern die planmäßig zu zahlenden Beiträge während der Laufzeit des Vertrages geändert werden, wird auch die Garantie auf Grundlage des dann vorhandenen Guthabens und der zukünftig zu zahlenden Beiträge und des mit Ihnen vereinbarten Garantie-Prozentsatzes nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu festgelegt.

– Basisversorgung

Die DEUTSCHER HEROLD Aktiengesellschaft (nachfolgend DHAG genannt), ein Konzernunternehmen der Zurich Gruppe, spricht die rechtlich verbindliche Garantie gegenüber der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG (ZDHL) aus, dass zum Ende der Ansparphase als für die Verrentung zur Verfügung stehendes Gesamtkapital (Guthaben zuzüglich etwaigem Schlussüberschuss) mindestens die Summe der gezahlten Beiträge – abzüglich der Beiträge für Zusatzversicherungen – multipliziert mit dem mit Ihnen vereinbarten Garantie-Prozentsatz (Garantierte Leistung) zur Verfügung steht. Sofern das Gesamtkapital unterhalb dieser Mindestleistung liegt, wird die DHAG den Differenzbetrag an ZDHL zahlen (Auffüllung).

Eine Haftung für die Erfüllung dieser Garantie übernimmt die ZDHL nicht. Die ZDHL garantiert dem Versicherungsnehmer vielmehr, dass sie ihren Anspruch auf Erfüllung dieser Garantie gegen die DHAG geltend machen wird. Die ZDHL garantiert weiter, dass sie das Guthaben, mit der im Versicherungsschein genannten monatlichen Rente je 10.000 EUR Guthaben lebenslang verrentet.

Ist eine **Verfügungsphase** vereinbart, gilt Folgendes:

Die Garantie der DHAG gilt bereits zum frühestmöglichen Abruftermin.

Sie erstreckt sich auf die bis zu diesem Zeitpunkt gezahlten Beiträge multipliziert mit dem mit Ihnen vereinbarten Garantie-Prozentsatz (Garantierte Leistung). Sofern in der Verfügungsphase keine Beiträge gezahlt werden, verlängert sich diese Garantie jeweils um einen Monat bis zum spätestmöglichen Abruftermin. Für Beiträge, die während der Verfügungsphase gezahlt werden, erhöht sich die Garantie der DHAG zu jeder Beitragsfälligkeit um den jeweils gezahlten Beitrag multipliziert mit dem mit Ihnen vereinbarten Garantie-Prozentsatz (Garantierte Leistung).

Höchstens erhöht sich die Garantie der DHAG um den um die Abschluss-, Vertriebs- sowie Verwaltungskosten reduzierten Beitrag.

Die Höhe der Garantie teilen wir Ihnen im Persönlichen Vorschlag und im Versicherungsschein mit.

Ändern Sie die planmäßig zu zahlenden Beiträge während der Laufzeit des Vertrages gilt Folgendes:

Sofern die planmäßig zu zahlenden Beiträge während der Laufzeit des Vertrages geändert werden, wird auch die Garantie auf Grundlage des dann vorhandenen Guthabens und der zukünftig zu zahlenden Beiträge und des mit Ihnen vereinbarten Garantie-Prozentsatzes nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu festgelegt.

Beitragszahlung/Kontoverbindung

Ihr Kundenbetreuer/Vermittler ist nicht berechtigt Beiträge für die beantragte Versicherung entgegenzunehmen.

Etwaige Beitragszahlungen werden nach Annahme des Antrages von der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen oder sind ausschließlich direkt auf das unten angegebene Konto unter Angabe der Versicherungsnummer zu überweisen.

Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Aufgrund des gestellten Antrags bestätigen wir Ihnen Versicherungsschutz gemäß den nachfolgenden „Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz“. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht.

Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung Aktiengesellschaft

Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns als Ihr Versicherer an Sie als Antragsteller(in) und künftige(n) Versicherungsnehmer(in).

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Leistungen.
Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir im Todesfall der versicherten Person(en) aus der beantragten Hauptversicherung und der ggf. eingeschlossenen Risiko-Zusatzversicherung – einschließlich der Leistungen aus der Überschussbeteiligung – höchstens 100.000 EUR.

2. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit beantragten Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung – auch als Zusatzversicherung –. Wir erbringen bei Eintritt einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes, wenn uns die Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist, folgende Leistungen:

- eine Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitsrente, sofern eine Rentenleistung beantragt wurde;
- Beitragsbefreiung für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen, sofern die Hauptversicherung zustande gekommen ist.

In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit mit dem Ablauf der für diese Versicherungen jeweils beantragten Leistungsdauern.

- Bei Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit beträgt die Höchstrente inklusive Überschuss 12.000 EUR jährlich; die Beitragsbefreiung gilt für einen Gesamtbeitrag von höchstens 1.500 EUR jährlich.
- Ist in Ihrem Antrag eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung eingeschlossen, so leisten wir bei Tod der versicherten Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine Hinterbliebenenrente.
Die Hinterbliebenenrente inklusive Überschuss beträgt höchstens 12.000 EUR jährlich.
- Die Begrenzungen in den Absätzen 1, 3 und 4 gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt und
- der Einlösebeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist und
- Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von besonderen Bedingungen abhängig gemacht haben und
- Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns angebotenen Produkte bewegt und
- die versicherte(n) Person(en) bei Unterzeichnung des Antrags das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (haben).

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt, sobald Ihr unterzeichneter Antrag bei uns eingeht.
- Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn
 - der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat,
 - gleichartiger Versicherungsschutz aus einer Versicherung – einschließlich lediglich vorläufiger Deckung – bei einem anderen Versicherer begonnen hat,

- wir Ihren Antrag abgelehnt haben,
 - Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben,
 - Sie Ihre auf den Abschluss des Vertrages gerichtete Erklärung in Textform widerrufen bzw. dem Vertrag in Textform widersprochen haben – maßgebend ist der Zugang des Widerrufs bzw. Widerspruchs beim Versicherer –, oder
 - der Einlösebeitrag für die beantragte Versicherung von Ihnen nicht gezahlt worden ist, der Einzug des Einlösebeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.
3. Darüber hinaus haben sowohl Sie als auch wir das Recht, den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen. Unsere Kündigung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 Wann ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte(n) Person(en) vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte(n). Dies gilt auch, wenn diese Ursachen im Antrag angegeben wurden. Der Ausschluss der Leistungspflicht gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

§ 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag, erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir hierfür ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für einen Beitragszahlungsabschnitt. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Beitrag für die Höchstsumme und -rente gemäß § 1. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

Es kann auch ein Betrag bis zur Höhe des Beitrages für die Zeit vom Beginn des vorläufigen Versicherungsschutzes bis zum Ende des Monats gewählt werden, in dem der Versicherungsfall eintritt.

§ 6 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?

- Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die beantragte Versicherung und die Besonderheiten Bedingungen für gegebenenfalls mitbeantragte Zusatzversicherungen Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
- Die vollständigen Vertragsunterlagen erhalten Sie auf Anforderung, spätestens aber mit dem Versicherungsschein für die Hauptversicherung.

Wichtiger Hinweis!

Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn der Einlösebeitrag für die beantragte Versicherung von Ihnen nicht gezahlt worden ist, der Einzug des Einlösebeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.

Wann sind welche Risiko- und Gesundheitsfragen zu beantworten?

Regelbasierte Fondsgebundene Versicherung / Fondsgebundene Versicherung

Ohne BUZ/EUZ:

- Keine Fragen: – Premiumschutz 0 % bei laufender Beitragszahlung
– Premiumschutz bis 100 % bei Einmalbeitrag
- Fragen 1 bis 3 ohne 2 b): – Basisschutz mit Mindesttodesfallsumme bzw. Mindesthinterbliebenenguthaben bis 75.000 EUR*
- Fragen 1 bis 10 ohne 2 b), 7 b) und 7 c): – Basisschutz mit Mindesttodesfallsumme bzw. Mindesthinterbliebenenguthaben über 75.000 EUR
– Premiumschutz ab 1 % bei laufender Beitragszahlung
– Premiumschutz ab 101 % bei Einmalbeitrag

* Sollten für die gleiche zu versichernde Person mehrere Verträge mit Modell „Basisschutz“ eingereicht werden, so behalten wir uns das Recht auf eine Gesundheitsprüfung vor, sofern die Mindesttodesfallsumme bzw. das Mindesthinterbliebenenguthaben aus allen beantragten bzw. abgeschlossenen Verträgen 75.000 EUR übersteigt.

Mit BUZ/EUZ-Beitragsbefreiung:

- Fragen 1 bis 11 ohne 2 b), 7 b) und 7 c): – immer bei Einschluss der BUZ/EUZ-Beitragsbefreiung

Mit BUZ/EUZ-Rente:

- Fragen 1 bis 12 ohne 2 b), 7 b) und 7 c): – immer bei Einschluss der BUZ/EUZ-Rente

Rentenversicherung / Risikolebensversicherung

Ohne BUZ/EUZ/HZV:

- Keine Fragen: – Rentenversicherungen
- Fragen 1 bis 11 ohne 7 b) und 7 c): – Risikolebensversicherungen mit einer Versicherungssumme über 50.000 EUR
- Fragen 1 bis 7* und Frage 11: – Risikolebensversicherungen mit einer Versicherungssumme bis zu 50.000 EUR

* Wird für die zu versichernde Person eine Risikolebensversicherung ohne BUZ/EUZ mit verkürzten Risiko- und Gesundheitsfragen beantragt, so behalten wir uns das Recht auf eine vollständige Gesundheitsprüfung vor, sofern die Todesfallsumme aus allen Anträgen und Verträgen mit reduziertem Frageumfang 50.000 EUR inklusive Todesfallbonus oder die Untersuchungsgrenze übersteigt.

Mit BUZ/EUZ-Beitragsbefreiung:

- Fragen 1 bis 11 ohne 7 b) und 7 c): – immer bei Einschluss der BUZ/EUZ-Beitragsbefreiung
- Frage 2 b) – nur bei Risikolebensversicherung

Mit BUZ/EUZ-Rente:

- Fragen 1 bis 12 ohne 7 b) und 7 c): – immer bei Einschluss der BUZ/EUZ-Rente
- Frage 2 b) – nur bei Risikolebensversicherung

Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung/ Selbständige Erwerbsunfähigkeitsabsicherung

- Fragen 1 bis 12 ohne 2 b), 7 b) und 7 c)

Ergänzungsvertrag Lebensphasenkonzept

- Fragen 6, 11, 12 a) bis c) und 13 – immer bei BUZ/EUZ/SBU/SEU
- Fragen 2 b), 4, 6, 11 und 13 – immer bei Erhöhung des Todesfallschutzes