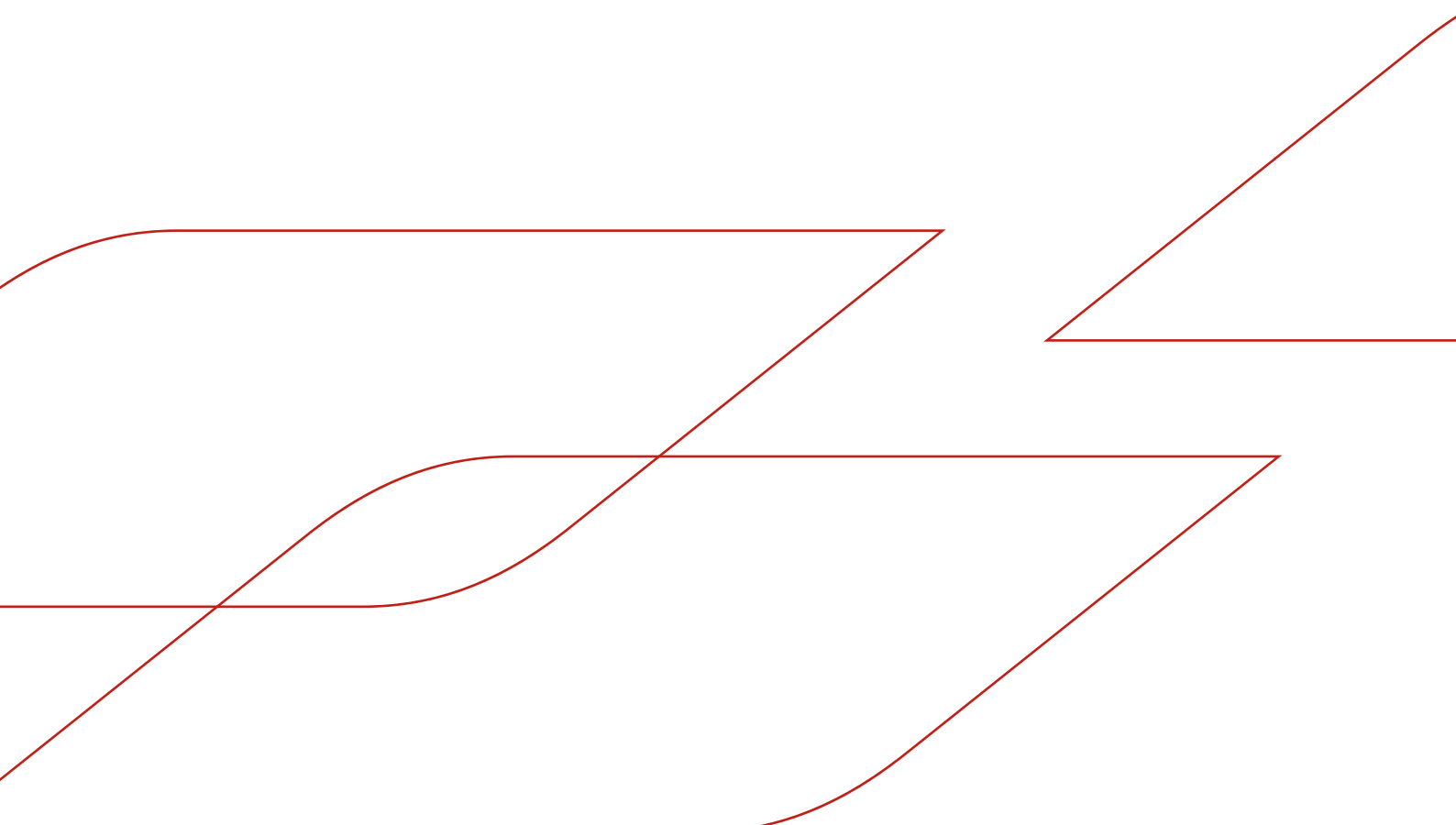


GESUNDHEITSERKLÄRUNG



Beratung durch:



Generali Deutschland Lebensversicherung AG
Adenauerring 7, 81737 München
generali.de



Gesundheitserklärung



- der zu versichernden/versicherten Person
- der zweiten zu versichernden/versicherten Person
- der gegen Invalidität zu versichernden/versicherten Person

Nachfolgend wird nicht zwischen den verschiedenen zu versichernden/versicherten Personen unterschieden.

Sofern der Antragsteller/Versicherungsnehmer eine andere Person ist als die oben genannte, ist die Gesundheitserklärung von beiden zu unterschreiben.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antragsteller (Name, Vorname)	Versicherung Nr. / Vorschlag Nr. / Antrag Nr.	Antragsdatum

1 Zu versichernde/versicherte Person

Herr (M) Frau (F)

Zuname, Vorname, Titel, Zusatz

Straße und Hausnummer Land PLZ Wohnort

Geburtsname Geburtsdatum Geburtsort Staatsangehörigkeit

 Familienstand: verheiratet nein ja

Derzeit ausgeübter Beruf / in welcher Branche? selbstständig: nein ja

2 Fragen an die zu versichernde/versicherte Person

Sämtliche im Antrag gestellten Fragen müssen Sie vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Ansonsten kann die Generali Deutschland Lebensversicherung AG unter bestimmten Voraussetzungen den Vertrag kündigen, rückwirkend anpassen oder durch Rücktritt/Anfechtung aufheben. Bei rückwirkender Anpassung oder Aufhebung des Vertrags kann die Generali Deutschland Lebensversicherung AG außerdem berechtigt sein, Leistungen für eingetretene Versicherungsfälle zu verweigern. Lesen Sie dazu bitte die gesonderte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung Ihrer gesetzlichen Anzeigepflicht auf der Seite 6.

Bitte holen Sie die Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nach. Angaben werden nachgeholt ja

A1 A1.1 Haben Sie einen Hausarzt? nein ja

A1.2 Wenn ja, Name und Anschrift des Hausarztes:
Wenn nein, wer ist am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert (Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes, Heilpraktikers, Psychologen, Krankenhauses / Kurklinik)?

B1 B1.1 Haben Sie in den letzten 2 Jahren Sportarten und Hobbys mit erhöhtem Risiko ausgeübt (z. B. Flugsport, Motorsport, Tauchsport, Reitsport, Kampfsport)? nein ja

B1.2 Wenn ja, welche?

B2 Wie groß und wie schwer sind Sie? cm kg

B3 Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? nein ja

B4 Sind Sie in den letzten 5 Jahren untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich:

B4.1 Herz, Kreislauf oder Gefäße (z. B. Bluthochdruck, Infarkt, Durchblutungsstörungen, Venenerkrankungen)? .. nein ja

B4.2 Atmungsorgane (z. B. wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma)? nein ja

B4.3 Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse oder Leber (z. B. Entzündung, erhöhte Laborwerte, Stuhlinkontinenz)? nein ja

B4.4 Niere, Blase, Prostata oder Unterleibsorgane (z. B. Entzündung, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Harninkontinenz)? nein ja

B4.5 Stoffwechsel oder Hormonhaushalt (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)? nein ja

B4.6 Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie)? nein ja

B4.7 Nervensystem, Rückenmark oder Gehirn (z. B. Epilepsie, Migräne, Schwindel, Stand-, Gang- bzw. Gleichgewichtsstörungen)? nein ja

B4.8 Psyche (z. B. Depressionen, Angststörungen, Psychosen, psychosomatische Störungen)? nein ja

B4.9 Wirbelsäule, Sehnen, Bänder, Muskeln, Knochen oder Gelenke (z. B. Rückenerkrankungen, Arthrose, Rheuma)? nein ja

B4.10 Haut oder Allergien (z. B. Heuschnupfen, Schuppenflechte, Ekzeme)? nein ja

B4.11 Augen oder Ohren (z. B. grauer oder grüner Star, Tinnitus)? nein ja

B4.12 Infektionen (z. B. chronische Hepatitis, Tropenkrankheiten)? nein ja

B4.13 Unfälle oder Verletzungen? nein ja

B4.14 Vergiftungen, Alkohol- oder Drogenkonsum? nein ja

B5 Wurden Ihnen in den letzten 2 Jahren von Ärzten oder Heilpraktikern Medikamente verordnet (bitte Medikamente unter Erläuterungen angeben)? nein ja

B6 Werden Sie sich innerhalb der nächsten 12 Monate für einen Zeitraum von mehr als 3 Monaten im außereuropäischen Ausland aufhalten? Falls ja, bitte das Land unter Erläuterungen angeben. nein ja

2 Fragen an die zu versichernde/versicherte Person (Fortsetzung)

Zusätzliche Frage C1 nur, falls eine Risiko-Lebensversicherung, die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die Todesfall-Zusatzversicherung oder die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung beantragt wird

C1 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeife geraucht bzw. elektrische Zigaretten, elektrische Zigarren, elektrische Zigarillos oder elektrische Pfeifen benutzt? nein ja

Zusätzliche Fragen D1 bis D3 nur, falls die Versicherung einer Berufsunfähigkeits-, Invaliditäts-, Grundunfähigkeits- oder Pflegerente oder einer Pflegerentenoption beantragt wird

D1 Bestehen geistige oder körperliche Beeinträchtigungen (z. B. Amputationen, Lähmungen, Fehlsichtigkeit (nur ab 8 Dioptrien), Schwerhörigkeit)? nein ja

D2 Bezogen/Beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente/eine sonstige wiederkehrende Leistung oder haben Sie einen Schwerbehindertenausweis (bitte Prozentsatz unter Erläuterungen angeben) oder haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren eine Rente/eine sonstige wiederkehrende Leistung beantragt? nein ja

D3 Wurden für Sie bereits Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-, Pflegerenten- oder Grundunfähigkeits-(Zusatz)Versicherungen bei anderen Lebensversicherungsunternehmen abgeschlossen oder sind solche Anträge in den letzten 5 Jahren – auch gleichzeitig mit diesem Antrag – gestellt worden (Angabe jährliche BU-/EU-/Pflege-/Grundunfähigkeitsrente unter Erläuterungen)? nein ja

Erläuterungen nur, falls eine oder mehrere Fragen zu B3 bis B6 bzw. D1 bis D3 bejaht wurden

zu Frage	Art der Krankheiten, Diagnosen, Beeinträchtigungen, Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen, Medikamente; sonstige Erläuterungen	Wann, wie lange?	Ergebnis, Folgen?	Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes, Heilpraktikers, Psychologen, Krankenhauses / Kurklinik

Für weitergehende Erläuterungen ist ein Fragebogen beigelegt. Da der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreicht, ist ein gesondertes Blatt beigelegt.

Erklärung zur Beantwortung der Gesundheitsfragen

Die Antworten und Erläuterungen zu den vorstehenden Fragen wurden eingetragen von

- der zu versichernden Person.
- dem Vermittler nach Angaben der zu versichernden Person.

3 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheits- und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Hinweis:

Der Text dieser Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt. Bitte beachten Sie hierzu auch die Datenschutzhinweise in den Vertragsbedingungen und Kundeninformationen, die wir Ihnen vor Antragstellung in Textform mitgeteilt haben.

Um Ihre Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Generali Deutschland Lebensversicherung AG Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die Generali Deutschland Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die Generali Deutschland Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ärzte oder medizinische Gutachter im Rahmen der Einholung von Arztberichten oder Gutachten, Krankenversicherungen, Krankentagegeldversicherungen, IT- und Vertriebs-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen unter Generali Deutschland Lebensversicherung AG, Kundenservice-Direktion Köln, Hansaring 40-50, 50670 Köln (Telefon-Nummer 0221 3395-7998, E-Mail-Adresse service@generali.de). Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

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

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

Die Erklärungen gelten gegebenenfalls auch 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 Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten durch die Generali Deutschland Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die Generali Deutschland Lebensversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Stellen außerhalb der Generali Deutschland Lebensversicherung AG

Die unter 2.1 und 2.2 genannten Wahlmöglichkeiten richten sich an die zu versichernde/versicherte Person bzw. deren gesetzliche(n) Vertreter.

2.1 Abfrage zur Risikobeurteilung und zur Beurteilung 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 Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Generali Deutschland Lebensversicherung AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (wie z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Gutachten, Krankenversicherungsunterlagen, Rechnungen) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung geschieht nur, soweit es erforderlich ist. Die Generali Deutschland Lebensversicherung AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheits- oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

3 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheits- und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortsetzung)

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

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Generali Deutschland Lebensversicherung AG – soweit es für die Beurteilung des Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

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

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

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

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die Generali Deutschland Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

– in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Generali Deutschland Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Generali Deutschland Lebensversicherung AG einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

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

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

2.2 Abfrage zur Beurteilung der Leistungspflicht nach Ihrem Tod

Zur Beurteilung 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 Vertragsabschluss für die Generali Deutschland Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. 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 Stellen außerhalb der Generali Deutschland Lebensversicherung AG zur Beurteilung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Risikobeurteilung ein, wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1 – Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

Soweit zur Beurteilung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Risikobeurteilung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der Generali Deutschland Lebensversicherung AG

Die Generali Deutschland Lebensversicherung AG 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 der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Generali Deutschland Lebensversicherung AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Generali Deutschland Lebensversicherung AG meine Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Beurteilung des Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Daten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Generali Deutschland Lebensversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten entbinde ich die für die Generali Deutschland Lebensversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Generali Deutschland Lebensversicherung AG führt bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten kommen kann, nicht selbst durch. Bei diesen Aufgaben handelt es sich zum Beispiel um Teile der Beurteilung des Risikos oder der Leistungspflicht oder um das Betreiben von Datenservern. Stattdessen überträgt sie die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Generali Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Generali Deutschland Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Generali Deutschland Lebensversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheits- und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten für die Generali Deutschland Lebensversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste der Dienstleister, die nach § 203 StGB geschützte Daten für die Generali Deutschland Lebensversicherung AG verarbeiten (Liste der Dienstleister), finden Sie bei den Ihnen in Textform mitgeteilten Vertragsbedingungen und Kundeninformationen. Eine aktuelle Liste können Sie auch im Internet unter www.generali.de/datenschutz einsehen oder bei der Generali Deutschland Lebensversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln (Telefon-Nummer 0221 3395-7998, E-Mail-Adresse service@generali.de) anfordern.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten an und für die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Generali Deutschland Lebensversicherung AG Ihre Einwilligung.

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

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Generali Deutschland Lebensversicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Leistungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Generali Deutschland Lebensversicherung AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzuschätzendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Beurteilung des Risikos oder der Leistungspflicht sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen die Generali Deutschland Lebensversicherung AG unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Generali Deutschland Lebensversicherung AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

3 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheits- und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten und Schweigepflichtenbindungserklärung (Fortsetzung)

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 Gesundheits- und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten 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 Generali Deutschland Lebensversicherung AG unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Generali Deutschland Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheits- und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Generali Deutschland Lebensversicherung AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder sonstige nach § 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. mit Risikozuschlag oder unter Ausschluss 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 Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Generali Deutschland Lebensversicherung AG Ihre im Rahmen der Antragsprüfung erhobenen Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der Generali Deutschland Lebensversicherung AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Generali Deutschland Lebensversicherung AG meine Gesundheits- und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten – 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.

4 Schlussklärung des Antragstellers/Versicherungsnehmers und der zu versichernden/versicherten Person und wichtige Hinweise

Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist - Zustimmungserklärung des Versicherungsnehmers im Falle des Bestehens eines Widerrufsrechts

Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, auch für den Fall, dass der beantragte Versicherungsbeginn erst durch nachträglich eintretende oder geänderte Umstände vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, mit der Folge, dass ich die Beiträge, die auf die Zeit vor Ausübung des Widerrufs entfallen, nicht zurückerhalte.

Bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Folgeseite die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und die weiteren Hinweise für die zu versichernde/versicherte Person.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / Versicherungsnehmers

Unterschrift der zu versichernden / versicherten Person,
wenn nicht Antragsteller / Versicherungsnehmer

Name des Vermittlers, Tel.-Nr., Fax-Nr.

Unterschrift des Vermittlers

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der
Antragsteller / die versicherte Person minderjährig ist

Weitere Hinweise für die zu versichernde/versicherte Person

Einfach und schnell:

Erhalten Sie Ihre Vertragspost der Generali elektronisch

Mit der freiwilligen Angabe Ihrer E-Mail-Adresse nutzen Sie das Angebot der Generali Deutschland Versicherung AG und der Generali Deutschland Lebensversicherung AG, Ihnen Dokumente, die Ihren Vertrag bzw. Ihre Verträge betreffen, per E-Mail zuzustellen. Sollten Sie dies nicht mehr wünschen, so informieren Sie uns bitte unter Generali, AachenMünchener-Platz 1, 52064 Aachen oder widerruf.de@generali.com. Informationen über die sichere E-Mail-Kommunikation finden Sie hier: <https://www.generali.de/datenschutz/e-mailnutzung/>.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Bitte beachten Sie die Datenschutzhinweise in den Vertragsbedingungen und Kundeninformationen, die wir Ihnen vor Antragstellung in Textform mitgeteilt haben. Ausführliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Generali erhalten Sie unter www.generali.de/datenschutz.

Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Datenverarbeitung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Wir verwenden Ihre personenbezogenen Daten zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Generali Deutschland Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens. (Dies gilt nicht für Ihre E-Mail-Adresse und Telefonnummer; hierbei ist die ausdrückliche Einwilligung zur beschriebenen Nutzung notwendig.) Dem können Sie jederzeit formlos ganz oder zum Teil widersprechen. Der Widerspruch ist zu richten an die Generali, AachenMünchener-Platz 1, 52064 Aachen oder widerruf.de@generali.com oder telefonisch unter 0221 3395-7998. Der Widerspruch ändert nichts an der Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung, die bereits vor Zugang Ihres Widerspruchs durchgeführt wurde.

Anschriftenermittlung

Falls wir Ihre Anschrift ermitteln müssen, geben wir Ihre Adressdaten an ein Dienstleistungsunternehmen weiter.

Exemplar des Antrags

Ein Exemplar der Gesundheitserklärung wird Ihnen nach Unterzeichnung der Erklärung sofort ausgehändigt.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG 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 in diesem Formular gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Generali Deutschland Lebensversicherung AG, 50414 Köln, schriftlich nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Sie haben Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den

Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

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 werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. 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 oder zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Generali Deutschland Lebensversicherung AG

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Giovanni Liverani

Vorstand: Stefan Lehmann (Vorsitzender),
Nils Heise, Dr. Melanie Kramp, Edoardo Malpaga,
Ulrich Ostholt, Uli Rothaufe

Sitz: München, Amtsgericht München HRB 257068

UST-ID-Nr. DE 811 233 677

Versicherungsumsätze sind umsatzsteuerfrei.

www.generali.de

Ein Unternehmen der Generali Gruppe