Angebotsnummer:
DL8EAWA4WC

Antrag auf eine klassische Berufsunfähigkeitsversicherung (Golden BU)

für Herrn Maxi Muster

Persönliche Daten 3

Beitragszahlung 4

Daten zum Versicherungsvertrag und Beitrag 5

Risikobewertung 6

Erklärungen und Hinweise 10

Datenschutz und Schweigepflichtentbindungserklärung 11

01 Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (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 beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.
Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München, 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 Versicherungsfalls, 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 Versicherungsfalls
- 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. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines Rückkaufswerts, falls ein solcher vorhanden und/oder vereinbart ist.

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. Auf unser Kündigungsrecht im Fall einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung verzichten wir. Bei Kündigung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Für künftige Versicherungsfälle haben Sie in diesem Fall nur noch Versicherungsschutz in Höhe der beitragsfreien Leistung. Wird die Mindestversicherungsleistung nicht erreicht, haben Sie für künftige Versicherungsfälle keinen Versicherungsschutz mehr.
Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung
Können wir bei fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung durch Sie 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. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf unser Vertragsanpassungsrecht.
Vertragsanpassungen erfolgen in Form von Beitragserhöhung und/oder Ausschlussklausel. Im Fall der Ausschlussklausel besteht kein Versicherungsschutz für die ausgeschlossenen Umstände (z. B. Erkrankungen, Sportarten, etc.). Erklären wir die Anpassung in Form der Ausschlussklausel nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn die ausgeschlossenen Umstände mit dem Versicherungsfall in keinem Zusammenhang stehen, d. h. nicht kausal sind. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte 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 Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach 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 Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

02 Alles vollständig?

Mit einem vollständig ausgefüllten Antragsformular helfen Sie uns, Ihren Antrag möglichst schnell und reibungslos zu policieren.
Bitte prüfen Sie vor dem Einreichen des Antrags insbesondere folgende Punkte:

- Ist die **Vermittlernummer** (8-stellig) eingetragen?
- Sind alle erforderlichen **Unterschriften** vorhanden?

Bitte reichen Sie unbedingt alle Seiten des Antrags ein.
Für die Antragsannahme sind auch die Seiten relevant, die keine individuellen Angaben enthalten.

03 Betreuerdaten

Firma		Eingangsdatum (bitte freilassen)
Name, Vorname		ggf. Vermittlerstempel
Abschlussvermittler/in (Nummer) *	Betreuer/in (Nummer)	
Bestandspfleger/in (Nummer)	Dynamikvermittler/in (Nummer)	
Externe Vermittlernummer	Externe Referenznummer	

Persönliche Daten

04 Versicherungsnehmer/-in = VN

Anrede * ○ Frau ● Herr ○ Firma	Titel	Vorname * Maxi	Name * Muster
Straße, Hausnummer *		PLZ *	Wohnort *
Geburtsdatum 1.1.1992	Geburtsort *	Geburtsname	Staatsangehörigkeit *
Familienstand ○ Ledig ○ Verheiratet ○ Eingetragene Lebenspartnerschaft ○ Geschieden ○ Verwitwet			Steueridentifikationsnummer (11-stellig)

Tätigkeitsstatus

○ Angestellte/-r - Vollzeit	○ Angestellte/-r - Teilzeit	○ Arbeiter/-in - Vollzeit
○ Arbeiter/-in - Teilzeit	○ Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Vollzeit	○ Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Teilzeit
○ Freiberuflich/selbstständig - Vollzeit	○ Freiberuflich/selbstständig - Teilzeit	○ Gesellschafter-Geschäftsführer/-in
○ Hausmann/-frau	○ Ohne Arbeit/arbeitssuchend	○ Sonstiges (z.B. ABM-Maßnahme)

Ausgeübter Beruf/Branche * Softwareentwickler/in [mit Diplom/Master/Bachelor]		Ausbildungs-/Hochschulabschluss
E-Mail	Telefon privat	Mobilfunknummer

05 Versicherte Person = VP

☐ Wenn VN und VP identisch sind, sind bei den Daten für die VP keine Angaben erforderlich

Anrede *	Titel	Vorname *	Name *
○ Frau ◉ Herr		Maxi	Muster

Straße, Hausnummer *	PLZ *	Wohnort *

Geburtsdatum	Geburtsort *	Geburtsname	Staatsangehörigkeit *
1.1.1992			

Familienstand ○ Ledig ○ Verheiratet ○ Eingetragene Lebenspartnerschaft ○ Geschieden ○ Verwitwet

Steueridentifikationsnummer (11-stellig)

Tätigkeitsstatus

- ○ Angestellte/-r - Vollzeit
- ○ Angestellte/-r - Teilzeit
- ○ Arbeiter/-in - Vollzeit
- ○ Arbeiter/-in - Teilzeit
- ○ Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Vollzeit
- ○ Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Teilzeit
- ○ Freiberuflich/selbstständig - Vollzeit
- ○ Freiberuflich/selbstständig - Teilzeit
- ○ Gesellschafter-Geschäftsführer/-in
- ○ Hausmann/-frau
- ○ Ohne Arbeit/arbeitssuchend
- ○ Sonstiges (z.B. ABM-Maßnahme)

Ausgeübter Beruf/Branche	Ausbildungs-/Hochschulabschluss
Softwareentwickler/in [mit Diplom/Master/Bachelor]	mit Diplom/Master/Bachelor

E-Mail	Telefon privat	Mobilfunknummer

Beitragszahlung

06 SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Sofern Sie Zahlungen mittels Lastschrift wünschen, benötigen wir folgende Angaben sowie Ihre Unterschrift.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE83LVV00000165509 (der LV 1871) - Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt
Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der LV 1871 auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Frist für die Vorabinformation: Die LV 1871 informiert den Zahler bei dem ersten Abruf sowie bei Änderung von Beitrag und/oder Abbuchungstermin spätestens 5 Bankarbeitstage vor dem Abbuchungstermin über den anstehenden Einzug.

Name des Kreditinstituts	IBAN
	DE

Kontoinhaber ist VN ☒ oder Anrede, Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift des/der Kontoinhabers/-in und Verhältnis zum VN

Maxi Muster, 1.1.1992

Ort, Datum (bei elektronischen Unterschriften freiwillig)	Unterschrift Kontoinhaber/-in (ggf. zusätzlich Firmenstempel)
	X

Der Vermittler ist nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der VN im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrags an die LV 1871 zu leisten hat, anzunehmen. Zahlungen sind direkt an die LV 1871 zu leisten.

Daten zum Versicherungsvertrag und Beitrag

07 Empfänger/-in der Versicherungsleistung

Im Erlebensfall: Die VP ist unwiderruflich bezugsberechtigt.

08 Antrag auf eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Tarif	Versicherungsbeginn (zum Monatsersten)	Jahresrente in €
SBU	1.3.2022	30.000,00
Eintrittsalter (Jahre)	Endalter (Jahre)	monatliche Rente in €
30	67	2.500,00
Karenzzeit in Monaten (maximal 24)	Wartezeit in Jahren	Leistungsendalter (Jahre) oder ☐ lebenslang
	keine	

☐ Leistung bei Arbeitsunfähigkeit

☐ garantierte Erhöhung BU-Rente im Leistungsfall 1 % oder

% (1-3%)

☐ mit Einschluss Pflegepaket

Jahresrente in € (=BU-Jahresrente, maximal 24.000 €) % der BU-Rente (maximal 100%)

☐ mit Einschluss von Unfall-BU-Rente

Jahresrente in € % der BU-Rente (maximal 100%)

09 Überschussverwendung der Berufsunfähigkeitsversicherung

Überschussverwendung: Beitragsverrechnung

10 Dynamik

Dynamikmodell ○ Vorjahresbeitrag ○ Anfangsbeitrag ◉ Vorjahressumme ○ Anfangssumme ○ Rentenversicherung-Relation

Dynamikprozentsatz 3-5%

5 % (bei Auswahl Rentenversicherungs-Relation ist kein Prozentsatz erforderlich)

Bei fehlender Eintragung des Dynamikprozentsatzes wird ausdrücklich auf das Recht der jährlichen Anpassung ohne erneute Risikoprüfung (Dynamik) verzichtet.

11 Beitrag (Mindestbeitrag je Zahlungsweise 10 Euro)

zu zahlender Beitrag pro Zahlungsweise in € [1]	ggf. vom zu zahlenden Beitrag abweichender Bruttobeitrag in €
86,92	131,70

Beitragszahlungsweise ◉ monatlich ○ vierteljährlich ○ halbjährlich ○ jährlich

[1] Etwaige mit dem Beitrag verrechnete Überschussanteile ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen. Sie können für die Folgejahre nicht garantiert werden. So kann sich der Zahlbeitrag während der Vertragslaufzeit erhöhen oder reduzieren.

12 Besondere Vereinbarungen

Es wurden keine Nebenabreden getroffen. Nebenabreden sind nur verbindlich, wenn sie von der LV 1871 schriftlich bestätigt werden.

☐ Es wurden folgende Nebenabreden getroffen:

Risikobewertung

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen zu gefahrerheblichen Umständen beantworten.
Sie sind verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.
Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.
Je nach Verschulden der vertraglichen Anzeigepflichtverletzung kann uns dies zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Vertragsanpassung berechtigen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" unmittelbar vor den Antragsunterlagen auf Seite 2.

13 Beitragsrelevante Zusatzfragen bei einer Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung für die VP

(nicht zu beantworten von Studierenden, Schülern und Auszubildenden)
Mit den folgenden Fragen können wir eine individuelle Risikoeinschätzung vornehmen, die sich positiv auf den Beitrag auswirken kann.
Wenn Sie zu einer oder zu mehreren dieser Fragen keine Angaben machen, verzichten Sie auf eine mögliche Besserstellung.

Falls Sie die gestellten Fragen beantworten, dürfen diese nicht falsch beantwortet werden, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

Rauchgewohnheiten [1]	☒ Nichtraucher	Familienstand	☐ Verheiratet	Kinder [2]	

[1] Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat. Darunter fällt sowohl der Konsum von Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder sonstigem Tabak unter Feuer als auch das Konsumieren von Nikotin durch elektronische Verdampfer, wie beispielsweise E-Zigaretten.
[2] Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden eigenen Kinder (gewöhnlicher Aufenthaltsort)

14 Angaben zur Risikobeurteilung der VP

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragenkomplexe, soweit erforderlich, ausführlich. Sie helfen uns damit, Missverständnisse und Nachfragen zu vermeiden. Bitte verwenden Sie ein Beiblatt, falls Sie nicht genügend Platz vorfinden. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

1.1.a	Bestehen bei anderen Versicherungsunternehmen, Pensionskassen oder Pensionsfonds Lebens-, Renten-, Dread-Disease-, Pflegerenten-, Berufsunfähigkeits-, Invaliditäts- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre (Probe-)Anträge gestellt bzw. sind (gleichzeitig) weitere Antragstellungen vorgesehen? *	◯ Ja ◯ Nein
1.1.b	Bestanden innerhalb der letzten 5 Jahre bei anderen Versicherungsunternehmen Lebens-, Dread-Disease-, Renten-, Pflegerenten-, Berufsunfähigkeits-, Invaliditäts- oder Grundfähigkeitsversicherungen? *	◯ Ja ◯ Nein
1.1.c	Wurden zu solchen Versicherungen in den letzten 5 Jahren Erschwerungen gefordert, Anträge abgelehnt oder zurückgestellt? *	◯ Ja ◯ Nein
1.1.d	Werden bestehende Absicherungen aufgehoben? *	◯ Ja ◯ Nein
1.1.e	Die Höhe der bestehenden und beantragten jährlichen privaten Berufsunfähigkeitsrenten und Invaliditätsrenten aus betrieblichen Versorgungszusagen beträgt mehr als 60% des Brutto-Jahreseinkommens (Festgehalt) aus nichtselbständiger oder Jahresgewinn vor Steuern aus selbständiger/gewerblicher Tätigkeit? (Nicht zu beantworten für Studierende, Schüler/innen, Auszubildende, Hausfrauen/-männer) *	◯ Ja ◯ Nein

1.2.a	Wird beabsichtigt innerhalb der nächsten 12 Monate außerhalb der EU einen mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt anzutreten? *	◯ Ja ◯ Nein
1.2.b	Wird eine der folgenden Sportarten ausgeübt? (Bitte den entsprechenden Fragebogen einreichen)	
	Motorsport (z.B. Motocross, Rallye, Rundstreckenrennen) *	◯ Ja ◯ Nein
	Kampfsport (z.B. Boxen, Judo, Karate) *	◯ Ja ◯ Nein
	Wassersport (z.B. Kajak, Kitesurfen, Segeln) *	◯ Ja ◯ Nein
	Bergsport (z.B. Bergsteigen, Downhill, Klettern) *	◯ Ja ◯ Nein
	Flugsport (z.B. Fallschirmspringen, Paragliding, Segelflug) *	◯ Ja ◯ Nein
	Tauchsport (z.B. Pressluft-, Apnoe-, Mischgastauchen) *	◯ Ja ◯ Nein
	Reitsport (z.B. Dressur, Military, Springreiten) *	◯ Ja ◯ Nein
	gefahrerhebliche Mannschaftssportarten (z.B. Rugby, Eishockey, American Football) *	◯ Ja ◯ Nein
1.2.c	Liegen berufliche Gefahren vor? (z.B. Umgang mit explosiven/radioaktiven/toxischen Stoffen oder mit Waffen, Sondereinsätze) - Nicht zu beantworten für Studierende, Schüler/innen und Hausfrauen/-männer *	◯ Ja ◯ Nein

Näheres zu den Angaben zur Risikobeurteilung der VP, die mit "Ja" beantwortet wurden

zu Ziffern 1.1.a - d: Versicherungsunternehmen, Versicherungssumme/Jahresrente, Art der Versicherung, Grund der Erschwerung/Ablehnung/Zurückstellung (ggf. unterstreichen)

zu Ziffer 1.1.e: Wie viel mehr?

zu Ziffer 1.2.a: Wohin? Wann? Wie lange? Grund des Aufenthaltes?

zu Ziffer 1.2.b: Wie oft? Wo? Was genau? Nur Freizeitsport ohne Teilnahme an Wettbewerben?

zu Ziffer 1.2.c: Welche?

Weitere Informationen oder nähere Erläuterungen geben Sie bitte unter Angabe der Ziffer und der VP auf einem Beiblatt an. Ein gesondertes Schreiben mit Seiten wird unterschrieben beigefügt. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach.

15 Angaben zum Gesundheitsrisiko der VP

Die in den folgenden Gesundheitsfragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufstellung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

2.1	Körpergröße in cm * 180 Gewicht in kg * 80	
2.2	Haben in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen stattgefunden, wegen Krankheiten oder Beschwerden	
2.2.a	des **Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems** (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Bewusstlosigkeit, Venenentzündung, Krampfadern, Thrombose)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.2.b	der **Atmungsorgane** (z.B. Heuschnupfen, Asthma bronchiale, chronische oder wiederholte Bronchitis, Lungenentzündung, berufsbedingte Atemwegsprobleme)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.2.c	an **Speiseröhre, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz** (z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Magenschleimhautentzündung, chronische Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Hepatitis, Bauchspeicheldrüsenentzündung)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.2.d	der **Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane** (z.B. Nierensteine, -koliken, Nierenentzündung, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostataentzündung oder -vergrößerung)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.2.e	der **Brustdrüse** (z.B. knotige Veränderungen, Entzündungen)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.2.f	des **Stoffwechsels** (z.B. erhöhte Blutzuckerwerte, Diabetes mellitus, Gicht, erhöhte Cholesterinwerte, Funktionsstörungen der Schilddrüse)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.2.g	in Form von **Blut- oder Tumorerkrankungen** (z.B. Geschwülste, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Darmpolypen)? *	◯ Ja ◯ Nein

2.2.h	in Form von **Infektionskrankheiten, Tropenkrankheiten od. Vergiftungen** (z.B. Tuberkulose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.2.i	des **Gehirns, Rückenmarks oder der Nerven** (z.B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen, wiederholte oder mehrere Tage andauernde Kopfschmerzen)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.2.j	der **Psyche** (z.B. ADHS, Angststörungen, Burn-out-Syndrom, Depression, Essstörungen, psychosomatische Störungen, Schlafstörungen, Stress-Syndrom, Legasthenie, Lernschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen, Wahrnehmungstörungen, Sprachstörungen, Selbsttötungsversuch)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.2.k	Bestanden in den letzten 3 Monaten vor Antragstellung Beschwerden in einem der oben erfragten Bereich zu 2.2.a bis 2.2.j, ohne einen Arzt, Heilpraktiker, Physio-, Psychotherapeuten oder einen nichtärztlichen Therapeuten aufzusuchen? *	◯ Ja ◯ Nein
2.3	Wurden im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen (wie z.B. Laboruntersuchungen, Röntgen, CT, Ultraschall, EKG, Magen-Darm-Spiegelung) innerhalb der letzten 5 Jahre kontroll- oder behandlungsbedürftige Ergebnisse festgestellt? *	◯ Ja ◯ Nein
2.4	Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente eingenommen? *	◯ Ja ◯ Nein
2.5	Werden derzeit oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre ambulante Behandlungen von Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Masseuren durchgeführt? *	◯ Ja ◯ Nein
2.6	Werden derzeit oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Behandlungen von Psychologen oder Psychotherapeuten durchgeführt? *	◯ Ja ◯ Nein
2.7	Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Operationen, stationäre Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche für die nächsten 12 Monate ärztlich angeraten oder vorgesehen? *	◯ Ja ◯ Nein
2.8	Fand innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Alkoholkonsums eine ärztliche Beratung oder Behandlung statt? *	◯ Ja ◯ Nein
2.9	Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Drogen konsumiert? *	◯ Ja ◯ Nein
2.10	Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, Melanom) oder wurde eine HIV-Infektion (positiver Aids-Test) festgestellt? *	◯ Ja ◯ Nein

2.11	Haben in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen stattgefunden, wegen Krankheiten oder Beschwerden	
2.11.a	der **Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder** (z.B. Bandscheibenschaden, Hexenschuss, Skoliose, ärztlich behandelte Rückenschmerzen, Knochenbrüche, Meniskusverletzung, Bänderriss, Gelenkentzündung, ärztlich festgestellter Gelenkverschleiß, Sehnenentzündung, Rheuma, Bechterew-Krankheit)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.11.b	der **Augen** (z.B. Fehlsichtigkeit, Netzhautveränderungen, Hornhautverkrümmung, grüner oder grauer Star, entzündliche Augenerkrankungen, eingeschränktes Sehvermögen)? * Dioptrienwerte links: Dioptrienwerte rechts:	◯ Ja ◯ Nein
2.11.c	der **Ohren** (z.B. Minderung der Hörfähigkeit, Tinnitus (Ohrgeräusch), Gleichgewichtsstörungen)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.11.d	der **Haut** (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Ekzeme)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.11.e	**allergischer Ursache** (z.B. Hausstauballergie, Tierhaarallergie, beruflich bedingte Allergien)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.11.f	Bestanden in den letzten 3 Monaten vor Antragstellung Beschwerden in einem der oben erfragten Bereich zu 2.11.a bis 2.11.e, ohne einen Arzt, Heilpraktiker, Physio-, Psychotherapeuten oder einen nichtärztlichen Therapeuten aufzusuchen? *	◯ Ja ◯ Nein
2.12	Bestehen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z.B. Fehlbildungen, Verluste oder Schäden an Körpergliedern oder -organen, Folgen von Operationen oder Unfällen)? *	◯ Ja ◯ Nein
2.13	Bestehen Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], Grad der Behinderung [GdB], Grad der Schädigungsfolgen [GdS]) oder Pflegegrad? *	◯ Ja ◯ Nein
2.14	Besteht eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? - Nicht zu beantworten für minderjährige Versicherte *	◯ Ja ◯ Nein
2.15	Bestand in den letzten 5 Jahren eine länger als 2 Wochen dauernde zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit oder war die Teilnahme am Schulunterricht krankheitsbedingt nicht möglich? *	◯ Ja ◯ Nein

Welche/-er Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in ist über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt/Hausärztin)?

Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung *

Näheres zu den Angaben zum Gesundheitsrisiko der VP

zu Ziff.	Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (rechts/links) Befund der Untersuchung usw.
	Wann? Wie lange? Medikamente? Heutige Folgen? usw.
	Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.
zu Ziff.	Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (rechts/links) Befund der Untersuchung usw.
	Wann? Wie lange? Medikamente? Heutige Folgen? usw.
	Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Weitere Ärzte/Ärztinnen bzw. Heilbehandler/-innen oder nähere Erläuterungen geben Sie bitte unter Angabe der Ziffer und der VP auf einem Beiblatt an. Ein gesondertes Schreiben mit Seiten wird unterschrieben beigefügt. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach.

16 Fragen zur finanziellen Risikoprüfung

Fragen zur finanziellen Risikoprüfung bei BU ab einer Gesamtabsicherung von 19.201 € Bitte berücksichtigen Sie dabei auch Absicherungen bei anderen Gesellschaften und weitere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit (siehe auch Frage 3.2.). Bis zu einer Gesamt-BU-Jahresrente von **40.000 €** sichern wir **60%** vom durchschnittlichen Brutto-Jahreseinkommen/Jahresgewinn ab. Darüber hinaus reduziert sich die prozentuale Absicherungsgröße auf bis zu **30%**. Ab einer Gesamt-BU-Jahresrente von **25.201 €** benötigen wir einen Einkommensnachweis für das vergangene Jahr, ab einer Gesamt-BU-Jahresrente von **32.401** € bitten wir um Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre - jeweils von unabhängiger Stelle.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

3.1	Brutto-Jahreseinkommen (Festgehalt) in Euro aus nichtselbstständiger oder Jahresgewinn in Euro vor Steuern aus selbstständiger/gewerblicher Tätigkeit der letzten 3 Jahre?		
	Jahr	Einkommen	€
	Jahr	Einkommen	€
	Jahr	Einkommen	€
3.2	Bestehen weitere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit?		
	☐ Beamtenversorgung ☐ berufsständische Versorgung ☐ betriebliche Altersversorgung ☐ weitere Versicherungen		
	Jahresanspruch in €:		
3.3	Wir bitten um eine genaue Tätigkeitsbeschreibung (alternativ benötigen wir den entsprechenden Berufsfragebogen)		
3.4	Wurde innerhalb der letzten 2 Jahre der Beruf gewechselt, ein Studium, eine Schul- oder Berufsausbildung beendet?	◯ Ja	◯ Nein
	Wann? Vorherige Tätigkeit/Studium/Schul- oder Berufsausbildung?		
3.5	Liegt eine selbstständige Tätigkeit vor?	◯ Ja	◯ Nein
	Seit wann wird die ununterbrochene selbstständige Tätigkeit ausgeübt?		

17 Voranfrage

Zu diesem Antrag wurde vorab eine Anfrage mit der Nr. gestellt. Bitte fügen Sie die Unterlagen zur Vervollständigung des Antrags bei.

Zu diesem Antrag wurde vorab eine telefonische Anfrage mit Frau/Herrn besprochen.

Ich bin damit einverstanden, dass die in der Voranfrage ggf. bekannt gegebenen Leistungsausschlüsse Vertragsinhalt werden.

Zuschläge Hauptversicherung		
Besondere Gefahren in %	Medizinisch in %	Beruflich in %

Erklärungen und Hinweise

18 Hinweise für den gestellten Antrag

Aufgabe bestehender Versicherungen
Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den VN im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

Vorläufiger Versicherungsschutz für ein Berufsunfähigkeitsrisiko bei Unfall
Bei Absicherung eines Berufsunfähigkeitsrisikos gewährt die LV 1871 im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen einen vorläufigen Versicherungsschutz durch Unfall. Dieser Schutz gilt ab Eingang des Antrags. Voraussetzung dafür ist insbesondere, dass der LV 1871 ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wurde. Zudem darf der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als drei Monate nach Unterzeichnung dieses Antrags liegen. Die Leistung des vorläufigen Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit ist pro versicherter Person auf 13.200 Euro jährliche Rente begrenzt. Die weiteren Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeitsversicherung bei Unfall.

19 Informationen, Schlusserklärung und Unterschriften

Bitte lesen Sie vor Ihrer Unterschrift die Erklärungen, Hinweise sowie die "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" unmittelbar vor den Antragsunterlagen auf Seite 2, die wichtiger Bestandteil dieses Vertrages ist. Sie machen sie mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt dieses Antrags.

Mir ist bekannt, dass die vorstehenden Hinweise für den gestellten Antrag sowie die Erklärungen des VN und der VP wichtige Bestandteile des Vertrags sind. Mit meiner Unterschrift mache ich diese Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Ab Zugang des Versicherungsscheins besitze ich dann ein 30-tägiges Widerrufsrecht. Sofern auf Dynamik verzichtet wurde, erkläre ich, dass ich über die Bedeutung des Verzichts unterrichtet worden bin. Eine Zweitschrift des Versicherungsantrags ist für meine Unterlagen bestimmt.

Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz bereits bei Abschluss des Vertrags und vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Jedoch beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Zahlung des Beitrags, frühestens jedoch zum vereinbarten Versicherungsbeginn. Mir ist bekannt, dass der Beitrag mit Zugang des Versicherungsscheins fällig wird, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.
Hiervon unberührt bleibt die eventuelle Vereinbarung eines vorläufigen Versicherungsschutzes bei Unfall in der Lebensversicherung und/oder in der Berufsunfähigkeitsversicherung.

Die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ wurde mir ausgehändigt und ich habe diese zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum (bei elektronischen Unterschriften freiwillig) *	ggf. Firmenstempel
Unterschrift Versicherungsnehmer/-in ✗	
Unterschrift Versicherte Person ✗	
Unterschrift gesetzlicher Vertreter des/der Versicherungsnehmers/-in (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen) ✗	
Unterschrift gesetzliche Vertreter der Versicherten Person/-en (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen) ✗	

20 Erklärungen und Unterschrift des Vermittlers

Vorvertragliche Informationen
Der Kunde hat von mir alle erforderlichen vorvertraglichen Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und VVG-Informationspflichtenverordnung rechtzeitig vor Abgabe seiner Vertragserklärung in Textform erhalten.

Ort, Datum (bei elektronischen Unterschriften freiwillig) *	Unterschrift Vermittler/-in ✗

§ Datenschutz und Schweigepflichtentbindungserklärung

21 Einwilligungserklärung zur werblichen Kontaktaufnahme (freiwillig)

Hiermit willige ich ein, dass mich die Gesellschaften der LV 1871 Unternehmensgruppe[1] aus dem Bereich Versicherungsprodukte sowie zu besonderen Angeboten (Onlineshop, Gewinnspiele, Kundenumfragen) per E-Mail und/oder Telefon zu Werbezwecken kontaktieren.

Ja, per Telefon	Telefonnummer
Ja, per E-Mail	E-Mail-Adresse

Sie können diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne Kosten oder Auswirkung auf das Vertragsverhältnis widerrufen, z.B. per E-Mail unter kundenservice@lv1871.de.

[1] Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Delta Direkt Lebensversicherung AG München, TRIAS Versicherung AG, LV 1871 Private Assurance AG, LV 1871 Pensionsfonds AG, Magnus GmbH.

22 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 sowie weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten und Ihre weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die LV 1871 daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister und unsere Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben 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 Ihren sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten
- durch die LV 1871 selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der LV 1871 (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die LV 1871

Ich willige ein, dass die LV 1871 die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten 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 die LV 1871 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 es erforderlich ist. Die LV 1871 benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (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:

◯ VP

Ich willige ein, dass die LV 1871 – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die LV 1871 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten sowie meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten durch die LV 1871 an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die LV 1871 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:

◯ VP

Ich wünsche, dass mich die LV 1871 in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

• in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die LV 1871 einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die LV 1871 einwillige

• oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die LV 1871 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 die LV 1871 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:

◯ VP

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:

◯ VP

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 diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der LV 1871

Die LV 1871 verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die LV 1871 benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die LV 1871 zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten entbinde ich die für die LV 1871 tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die LV 1871 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 und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der LV 1871 Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die LV 1871 führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten für die LV 1871 erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter http://www.lv1871.de/lv1871_internet/datenschutz.htm eingesehen oder bei Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München, Telefon 089/5 51 67-11 11 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die LV 1871 Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die LV 1871 dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der LV 1871 Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und meiner weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die LV 1871 Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die LV 1871 Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die LV 1871 aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die LV 1871 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 sowie weitere nach § 203 StGB geschützte Daten verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten sowie Ihrer weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten an Rückversicherungen werden Sie durch die LV 1871 unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten sowie meine weiteren 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 LV 1871 tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler, Finanzvertriebe, Maklerpools und Untervermittler

Die LV 1871 gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungs- und Vertragsdurchführungszwecken 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.

Finanzvertriebe, Maklerpools und Untervermittler können Vermittler u.a. bei der Vermittlung und Betreuung von Versicherungsverträgen unterstützen. Sollte der Antrag von Ihrem Vermittler über einen Finanzvertrieb, einen Maklerpool oder Untervermittler eingereicht werden oder sollte die Betreuung und Verwaltung Ihres Versicherungsvertrages in Zusammenarbeit mit einem Finanzvertrieb, Maklerpool oder Untervermittler erfolgen, erhalten Sie die entsprechende Information hierüber durch Ihren zuständigen Vermittler. In diesen Fällen können die oben genannten Informationen und Ihre personenbezogenen Daten zu den in diesem Abschnitt genannten Zwecken auch an diese Stellen übermittelt werden.

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 Ihrer Gesundheitsdaten und Ihrer weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler und die in meiner Angelegenheit tätig werdenden Finanzvertriebe, Maklerpools oder Untervermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungs- und Vertragsdurchführungszwecken genutzt werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die LV 1871 tätigen Personen im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die LV 1871 Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten sowie Ihre weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der LV 1871 bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten sowie meine weiteren 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.

5. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von biometrischen Unterschriftsdaten

Wird bei Antragstellung das elektronische Antragsverfahren mit biometrischen Unterschriftsdaten eingesetzt, speichern wir Merkmale Ihrer elektronischen Unterschrift wie z.B. Schreibgeschwindigkeit, Schreibrichtung, Schreibpausen, Andruck, Schreibwinkel etc. Damit wir diese biometrischen Daten für die Begründung, Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrages verarbeiten dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine biometrischen Unterschriftsdaten erhebt, verarbeitet und nutzt, soweit dies für die Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

23 Bonitäts- und Identitätsauskünfte

Informationen zur Bonität unserer Kunden sind für uns risikorelevant und fließen dabei in unsere Entscheidungen bei der Antrags-, Vertrags- sowie der Leistungsfallbearbeitung mit ein. Hierzu bedienen wir uns externer Auskunfteien, an die allgemeine personenbezogene Daten (z. B. Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum) übermittelt werden. Darauf kann die Auskunftei auch den Rückschluss ziehen, dass Sie einen Versicherungsvertrag bei uns abschließen wollen oder bereits abgeschlossen haben.

An die SCHUFA Holding AG werden zudem allgemeine personenbezogene Daten zur Identitätsprüfung übermittelt. Anhand der von der SCHUFA Holding AG übermittelten Übereinstimmungsraten können wir erkennen, ob eine Person unter der von ihr angegebenen Adresse im Datenbestand der SCHUFA gespeichert ist.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie jederzeit für die Zukunft gegenüber der LV 1871 Unternehmensgruppe sowie deren einzelnen Gesellschaften mit Wirkung für alle widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte an die in der Fußzeile des Antrags angegebene Adresse.

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass die LV 1871 für die Beurteilung der zu versichernden Risiken, bei Angebotsanfrage, bei Antragstellung, bei Vertragsbearbeitung und im Rahmen der Leistungsprüfung Informationen über mein Zahlungsverhalten von einer Auskunftei (z. B. Schufa, Creditreform, Bürgel, Infoscore, Arvato) sowie Informationen über meine Identität von der SCHUFA Holding AG einholt und nutzt und hierzu auch meine allgemeinen personenbezogenen Daten an die Auskunftei übermittelt.

24 Unterschriften zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

Ort, Datum (bei elektronischen Unterschriften freiwillig) *
Unterschrift Versicherungsnehmer/-in ✗
Unterschrift Versicherte Person ✗
Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahrs) ✗
Unterschrift gesetzlicher/e Vertreter ✗

25 Liste der externen Dienstleister als Anlage zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

Dienstleister	Übertragene Aufgaben
Arvato Direct Services Wilhelmshaven GmbH, Olympiastr. 1, 26419 Schortens	Zulagenverwaltung Riester
Codecentric AG, Hochstraße 11, 42697 Solingen	Wartung und Weiterentwicklung der Software, die die Eingangspost einliest und weiterverarbeitet
Computershare Communication Services GmbH, Hansastraße 15b, 80686 München	Druckdienstleister
Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden	Adressupdate
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG, Neumarkter Str. 28, 81673 München	Adressupdate
SCHUFA Holding AG Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden	Bonitätsauskünfte über Privatpersonen
Creditreform München Ganzmüller, Groher & Kollegen KG Machtlfinger Str. 13, 81379 München	Bonitätsauskünfte über Unternehmen
IT (Beratungs)- Unternehmen	Betrieb und Wartung von IT-Systemen, Entwicklung und Anpassung von Softwaresystemen, Bereitstellung und Betreuung von Servern, Analyse und Beratung zu IT-Systemen
SOKA-IT, Urlaubs- und Lohnausgleichskasse der Bauwirtschaft, Wettinerstraße 7, 65189 Wiesbaden	Rentenbezugsmitteilungsverfahren
Gutachter und Sachverständige (Ärzte und Psychologen)	Erstellung von Gutachten, Untersuchungen, Beratungsleistung zu Rehabilitationsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten
Berufskundliche Dienstleister	Überprüfung der Ist-Situation (insbesondere des Arbeitsplatzes), Prüfung von Umorganisationsmöglichkeiten und Optimierung von Arbeitstechniken und -abläufen; Hilfe bei der Arbeitsvermittlung
Medicals Direct Deutschland GmbH Am Schammacher Feld 21, 85567 Grafing bei München	Individueller Vor-Ort-Service im Rahmen der Antragsprüfung; Durchführung von Gesundheitsprüfungen bei hohen Versicherungssummen.
Insolvenzverwalter	Bearbeitung von Insolvenzfällen
Rückversicherungsunternehmen	Unterstützung bei Risiko- und Leistungsprüfung
Rechtsanwaltskanzleien	Beratung, Prozessführung
Steuerberater, Wirtschaftsprüfer	Jahresabschluss/ Wirtschaftsprüfung
Entsorgungsunternehmen	Datenschutzkonforme Vernichtung von Papierunterlagen und Datenträgern
Finanz- und Aufsichtsbehörden	Meldungen und Abgaben, Prüfungen gem. gesetzlicher Anforderungen
Finanzinstitute	Geldverkehr
Marketingagenturen/-unternehmen	Marketingaktionen
Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen
Callcenter	Telefonie
Telekommunikationsdienstleister	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
Gesellschaften der LV 1871 Unternehmensgruppe: Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Delta Direkt Lebensversicherung AG München, TRIAS Versicherung AG	Führung von Stammdaten in gemeinsamen Datenverarbeitungs-Verfahren

26 Einwilligungserklärung im Einzelfall

Zusätzlich zum Antrag erhalten Sie eine Einwilligungserklärung im Einzelfall.
Die Antragsbearbeitung kann durch die Entbindung der Schweigepflicht mittels dieser Erklärung beschleunigt werden.

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken im Rahmen Ihres Antrags ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist.

Die LV 1871 benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wenn Sie in Ihrem Versicherungsantrag die LV 1871 generell von der Schweigepflicht entbinden, so werden Sie von der LV 1871 trotzdem vor jeder Datenerhebung unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck Daten erhoben werden sollen und Sie werden darauf hingewiesen, dass Sie widersprechen können. Damit Ihnen ein Widerspruch möglich ist, wird Ihnen von der LV 1871 eine Widerspruchsfrist eingeräumt. Wenn Sie diese Frist verkürzen wollen, können Sie zusätzlich nachfolgende Einzelfalleinwilligung für die Datenerhebung bei konkreten Ärzten oder Einrichtungen erteilen. In diesem Fall kann die LV 1871 direkt mit den Ärzten oder Einrichtungen in Verbindung treten, ohne Ihnen eine gesonderte Widerspruchsmöglichkeit einzuräumen. Dies führt zu einer Beschleunigung der Antragsprüfung. Die Abgabe dieser Erklärung für Sie ist freiwillig. Wenn Sie diese nicht abgeben wollen, entstehen Ihnen keine Nachteile, außer dass die Antragsbearbeitung unter Umständen länger dauert. Sie können die Erklärung auch jederzeit gegenüber der Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München widerrufen.

Bitte ausfüllen:
Ich willige ein, dass die LV 1871 – soweit es für die Risikobeurteilung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten / die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, direkt bei folgenden Ärzten oder Einrichtungen erhebt und zum Zweck der Antragsprüfung verwendet:

Name des Arztes oder der Einrichtung		ggf. Name des weiteren Arztes oder der Einrichtung	
Adresse		Adresse	
PLZ	Ort	PLZ	Ort

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die LV 1871 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die LV 1871 an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die LV 1871 tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum (bei elektronischen Unterschriften freiwillig)
Unterschrift Versicherte Person ✗
Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahrs) ✗
Unterschrift gesetzlicher Vertreter des/der Versicherungsnehmers/-in (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen) ✗

Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871)
Hauptverwaltung: Maximiliansplatz 5 · 80333 München
Briefanschrift: 80326 München

Telefon 089 / 5 51 67 - 0 · Telefax 089 / 5 51 67 - 12 12
info@lv1871.de · www.lv1871.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats
Dr. Peter Hohenemser

Vorstand
Wolfgang Reichel (Vorsitzender des Vorstands),
Dr. Klaus Math, Hermann Schrögenauer

UniCredit Bank AG
SWIFT (BIC): HYVEDEMMXXX
IBAN: DE76 7002 0270 0053 3007 58

Rechtsform
Versicherungsverein auf
Gegenseitigkeit
Sitz München
AG München HRB 194
USt-IdNr.: DE 129274608