

Gr.-Nr.  
| | | | |

Antrag aufgenommen durch:

Bitte dieses Feld nicht beschriften

**Antragsteller/-in (Versicherungsnehmer)**

männlich  weiblich  Firma  Titel

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum  Staatsangehörigkeit  Telefon

Beruf

**Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)**

männlich  weiblich  Titel

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum  Staatsangehörigkeit  Telefon

Beruf

Bitte lesen Sie vor Antragstellung die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zu dem jeweils hier beantragten Versicherungsschutz, die Allgemeinen Angaben über die steuerlichen Aspekte Ihrer Versorgung (Steuer1, Steuer3) und die Informationen zur Fondsauswahl (FD.allg).

**Antrag auf** abweichend  Anfrage\* auf

**Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung**

- Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung BED.SBU.0620
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0620 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
- Besondere Bedingungen für das Überschussystem Fondsansammlung BED.FA.0117 (falls Fondsanlage beantragt)
- Besondere Bedingungen für die Direktversicherung BED.DV.0620 (falls beantragt)

**\*Wie kommt Ihr Vertrag bei einer Anfrage zustande?**  
Mit dieser Anfrage fordern Sie ein Angebot der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G. an. Damit wir Ihnen ein verbindliches Angebot erstellen können, füllen Sie bitte auch als Anfragender (im Formular als „Antragsteller“ bezeichnet) sämtliche für Ihren gewünschten Versicherungsschutz erforderlichen Felder aus. Auf Grundlage dieser von Ihnen gemachten Angaben senden wir Ihnen ein verbindliches Angebot zu. Unserem Angebot fügen wir eine entsprechende Annahmeerklärung bei. Durch Unterzeichnung der unveränderten Annahmeerklärung und Eingang dieser bei uns, können Sie unser Angebot annehmen (Zustandekommen des Versicherungsvertrags). Ihre Angaben in dieser Anfrage machen Sie durch Ihre Annahmeerklärung zum Inhalt des Versicherungsvertrags.

Versicherungsbeginn

Versicherungsdauer bis zum  Beitragszahlungsdauer (falls abgekürzt) bis zum

Rentenleistungsdauer (falls länger als Versicherungsdauer) bis zum

- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung (Tarif SBU)
- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit zusätzlichem Pflege-Schutzbrief (BU PLUS, Tarif SBU+)
- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung für junge Leute (BU Perfect Start, Tarif SBUJ)
- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung für junge Leute mit zusätzlichem Pflege-Schutzbrief (BU Perfect Start PLUS, Tarif SBUJ+)

BU-Monatsrente  EUR zusätzliche lebenslange Pflege-Monatsrente  EUR (bei Tarif SBU+, SBUJ+)

Karenzzeit in Monaten (6-12)  garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall  (1,0-3,0 %)

Nachversicherungsgarantie bis zur Monatsrente  EUR

**Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit**  nicht gewünscht  
(bei Vorliegen einer mindestens 6-monatigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit oder einer 3-monatigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit und einer Prognose bis zum Ende des sechsmonatigen Zeitraums)  
Hinweis: Bei Schülern bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bedingungsgemäß ohne Mehrbeitrag mitversichert.

**Überschussverwendung**    Sofortrabatt, abweichend     Bonusrente     Verzinsliche Ansammlung  
 Fondsansammlung (**Bitte geben Sie die Fondsanlage an.**)

**Erläuterungen und Fondsnummern zu unserem Fondsangebot finden Sie in den „Informationen zur Fondsauswahl“.**

- Themen-Portfolios** (nur ein Portfolio anwählbar)
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Top-Stars (mit aktivem Fondsaustausch) | <input type="checkbox"/> Klassiker        | <input type="checkbox"/> Nachhaltigkeitsportfolios |
| <input type="checkbox"/> ETF (Exchange-Traded-Funds/Indexfonds) | <input type="checkbox"/> Emerging Markets | <input type="checkbox"/> ESG offensiv              |
| <input type="checkbox"/> Dimensional Balanced                   |   | <input type="checkbox"/> ESG ausgewogen            |
|   |   | <input type="checkbox"/> ESG defensiv              |

- chancen- und risikogesteuerte Portfolios** (nur ein Portfolio anwählbar)
- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> HSBC Select Flexible   | <input type="checkbox"/> HSBC Mix Modéré   | <input type="checkbox"/> HSBC Mix Equilibre  | <input type="checkbox"/> HSBC Mix Dynamique |
| <input type="checkbox"/> BlackRock Strategic Funds<br>Managed Index Portfolios –<br>Defensive | <input type="checkbox"/> BlackRock Strategic Funds<br>Managed Index Portfolios –<br>Moderate | <input type="checkbox"/> BlackRock Strategic Funds<br>Managed Index Portfolios –<br>Growth |   |

**freie Fondsauswahl** (Die Summe muss 100 % ergeben, mindestens 5 % je Fonds, maximal 10 Fonds)

	Fonds-Nr.	Fondsname		Fonds-Nr.	Fondsname
<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>

**Planmäßige Erhöhung**    Es wird eine planmäßige Erhöhung der BU-Versicherungsleistungen vereinbart.  
 Grundlage ist der Verbraucherpreisindex für Deutschland (mind. 2,5 %),  
 abweichend wird eine planmäßige Erhöhung des BU-Beitrags     keine Erhöhung gewünscht  
 um einen konstanten Prozentsatz von  (3-5 %) p. a. vereinbart.

**Bezugsberechtigung** (gilt nicht für Direktversicherungen)

**Im Erlebensfall**    Der Versicherungsnehmer. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben:

**Im Todesfall**    Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person  
 in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner.  
 Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben:

**Besondere Vereinbarungen für Direktversicherungen (Anwendung des § 3 Nr. 63 EStG)**

Es wird eine beitragsorientierte Leistungszusage, abweichend eine  Leistungszusage zu Grunde gelegt.

**Finanzierung durch Arbeitgeber**  
 Für den Todes- und Erlebensfall ist unwiderruflich **mit** ( **ohne**) Vorbehalt die versicherte Person begünstigt.

**Finanzierung durch Arbeitnehmer (Entgeltumwandlung)**     **Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Mischfinanzierung)**  
 Für den Todes- und Erlebensfall ist unwiderruflich **ohne** Vorbehalt die versicherte Person begünstigt.

**Für den Todesfall ist widerruflich empfangsberechtigt:** Der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner  
 bzw. eingetragene Lebenspartner.

Alternativ:  Kind     früherer Ehepartner bzw. eingetragener Lebenspartner     andere Person (nur geringes Sterbegeld möglich)     Lebensgefährte

Name, Vorname         Kenntnisnahme durch Unterschrift des Lebensgefährten

PLZ, Ort, Straße         und/oder

Geburtsdatum        männlich  weiblich      Bestehen einer gemeinsamen Haushaltsführung zwischen  
 der versicherten Person und dem Lebensgefährten.

**Besondere Vereinbarungen**   

**Nachhaltige Kapitalanlage:**  transparente für klassische Tarife

# Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

## Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen der 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 VOLKS-WOHL BUND Lebensversicherung a.G. Südwall 37-41, 44137 Dortmund in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) 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 uns nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. 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 einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

#### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos 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. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

#### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

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 müssen wir die Umstände angeben, 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 Vertrages 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.

## Berufsangaben der zu versichernden Person

**Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.**  
**Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.**

Welchen beruflichen Abschluss oder akademischen Grad besitzen Sie? (z. B. Bürokaufmann/-frau, Maurer/-in, Kfz-Meister/-in, Bachelor of Science)

Keinen

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (sofern Student/-in: Welcher Beruf wird angestrebt)?

In dieser Tätigkeit seit (Monat/Jahr)

Nennen Sie uns bitte Ihren Arbeitgeber und die Branche

Jährliches **Netto**einkommen aus dieser Tätigkeit

EUR

Angestellte/r  Auszubildende/r  Soldat/-in  Schüler/-in ohne sonderpädagogischen Förderbedarf  Hausmann/frau

Beamte/r, mit aktueller Besoldungsgruppe:

Student/-in

Selbstständige/r bzw. Freiberufler/-in, seit wann?

**Sofern Sie nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union sind:**

Arbeitsvertrag ist  unbefristet

befristet bis

In Abhängigkeit vom Berufsbild können bestimmte Zusatzangaben erforderlich sein.

**Sie müssen nur die Ihrem individuellen Versorgungsvorschlag zu Grunde liegenden Fragen beantworten.**

1. Wie hoch ist der Anteil Ihrer Bürotätigkeit?  mindestens 80 %  weniger als 80 %
2. Wie hoch ist der Anteil Ihrer körperlichen Tätigkeit?  
 kaum (höchstens 10 %)  wenig (zwischen 10 % und 30 %)  nennenswert (zwischen 30 % und 70 %)  stark (mehr als 70 %)
3. Welchen höchsten Ausbildungsabschluss haben Sie erworben?  
 abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA  
 passende Berufsausbildung für die derzeit ausgeübte Tätigkeit (abgeschlossen, öffentlich anerkannt, Regelausbildung mindestens 2 Jahre)  
 keinen der oben genannten Abschlüsse
4. Haben Sie Personalverantwortung für mindestens 8 festangestellte, nicht geringfügig beschäftigte Mitarbeiter?  ja  nein

# Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Eine unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen kann Ihren Versicherungsschutz gefährden und zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Gesellschaft kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen. Beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die in den folgenden Risikofragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufzählung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzureichen an: VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund.

## Allgemeine Fragen

Nennen Sie uns bitte Ihre Körpergröße \_\_\_\_\_ cm und Ihr aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie **in den letzten 12 Monaten** aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren zu sich genommen (z. B. über Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas)? **(gilt nicht für bAV)**  ja  nein

Üben Sie in Ihrer Freizeit ein **Hobby** mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z. B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Pferdesport, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus?  ja  nein

Falls „ja“, welche: \_\_\_\_\_ (Bitte ggf. Fragebogen beifügen)

Planen Sie **für die nächsten 2 Jahre** einen Aufenthalt von mehr als 3 Monaten außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA? (Falls „ja“, bitte Fragebogen für Auslandsaufenthalte beifügen.)  ja  nein

## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Nennen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes (mit Fachrichtung), der über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichtet ist:

\_\_\_\_\_

1. Wurden Sie **in den letzten 10 Jahren** operiert oder psychotherapeutisch oder stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Strahlen-, Chemotherapie) oder ist ein stationärer Aufenthalt angeraten oder geplant? Falls „ja“, nennen Sie uns bitte den Grund (Diagnose), den Zeitpunkt, die Behandlungs- und Beschwerdedauer und die Folgen:  ja  nein

\_\_\_\_\_

2. Wurden Sie in den nachfolgend genannten Zeiträumen wegen Erkrankungen oder Beschwerden ärztlich oder therapeutisch beraten, untersucht oder behandelt?

**In den letzten 5 Jahren** hinsichtlich:

A) Verdauungstrakt (z. B. Gastritis, Morbus Crohn), anderer Bauchorgane (z. B. Pankreatitis, erhöhte Leberwerte)  ja

B) Gehirn (z. B. Migräne, Alzheimer), Nerven (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie), Psyche (z. B. Depressionen, Ängste, Essstörungen, Schlafstörungen), Lernschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen  ja

C) Wirbelsäule (z. B. Hexenschuss), Knochen (z. B. Brüche), Gelenke (z. B. Meniskusschaden), Muskeln (z. B. Verspannungen)  ja

D) Schwindel (z.B. Dreh-, Lagerungs-, Schwankschwindel)  ja

E) Krebs, Tumore oder Gewebsneubildungen (z. B. Karzinom, Melanom, Lymphom)  ja

F) Autoimmunerkrankungen (z. B. Lupus erythematodes, Morbus-Bechterew, Polyarthritis)  ja

G) Verletzungen (z. B. Unfälle), Vergiftungen, Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)  ja

H) Alkohol- oder Drogenkonsum  ja

**In den letzten 3 Jahren** hinsichtlich:

I) Herz (z. B. Rhythmusstörungen), Kreislauf (z. B. erhöhter Blutdruck), Blut (z. B. Anämie), Gefäße (z. B. Krampfader, Verkalkungen)  ja

J) Stoffwechsel (z. B. Gicht, Diabetes), Nieren- und Harnwege (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin, Harnwegsentzündung)  ja

K) Allergien (z. B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelunverträglichkeit), Atmungsapparat (z. B. Asthma bronchiale)  ja

L) Augen (z. B. grauer Star, Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien), Ohren (z. B. Tinnitus), Haut (z. B. Schuppenflechte, Neurodermitis), Drüsen (z. B. Lymphknotenschwellung)  ja  nein

Haben Sie eine oder mehrere Fragen von A) bis L) mit „ja“ beantwortet, machen Sie bitte nähere Angaben:  
 Sofern für Ihre Angaben nicht genügend Platz vorhanden ist, verwenden Sie bitte für Ihre Angaben ein Zusatzblatt (Vordruck s. Anlage).

Zu Frage:	Ihre Erkrankungen, Beschwerden, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen:	Wann:	Beschwerdedauer:	Heutige Folgen oder Einschränkungen:	Name und Adresse Ihrer behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser:

3. Nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** mit oder ohne ärztliche Verordnung

A) mehr als 30 Tage lang täglich ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)  ja

B) an mehr als 30 Tagen im Jahr ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)  ja

C) Drogen (z. B. Cannabis, Ecstasy, Heroin)?  ja  nein

Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Medikamente, die Dosierung, den Einnahmezeitraum und den Grund der Einnahme: \_\_\_\_\_

4. Sind Sie dauerhaft körperlich oder geistig beeinträchtigt, ohne diesbezüglich ärztlich oder therapeutisch behandelt zu werden (z. B. angeborene Behinderungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen, Schwerhörigkeit)? Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Beeinträchtigung(en), die Ursache und den Zeitpunkt des Auftretens:  ja  nein

\_\_\_\_\_

Bestehen, neben Ansprüchen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Beamtenversorgung, weitere Absicherungen aus privaten oder betrieblichen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft/-en oder den/die Versorgungsträger und die jeweils vereinbarte jährliche Rentenleistung.  ja  nein

Private Absicherung: \_\_\_\_\_ BU-/EU-/GF-Jahresrente

Betriebliche Versorgung: \_\_\_\_\_ BU-/EU-/GF-Jahresrente

Versorgungswerke: \_\_\_\_\_ BU-/EU-/GF-Jahresrente

Wird eine der Absicherungen bei Annahme gekündigt?  ja  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wenn Sie diesem Antrag zusätzliche Unterlagen bzw. Anlagen beigelegt haben, geben Sie bitte nachfolgend Art und Umfang an.

\_\_\_\_\_

## Zahlungsweise, Gesamtbeitrag, weitere Informationen

### Zahlungsweise

monatlich     vierteljährlich     halbjährlich     jährlich

Beitrag gemäß Zahlungsweise  EUR    Nettobeitrag nach Rabatt aus der Überschussbeteiligung (nicht garantiert)  EUR

### Vorläufiger Versicherungsschutz

Im Rahmen der Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung (BED.VV.0117) gewähren wir ab dem Eingang des Antrags/der Anfrage vorläufigen Versicherungsschutz. Voraussetzung dafür ist aber insbesondere, dass Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen und dass der Versicherungsbeginn nicht mehr als zwei Monate in der Zukunft liegt. Die Obergrenzen für den Versicherungsschutz und die weiteren Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung.

### Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Vertrag VBL/Kundendienst, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231/5433-574.

### Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den unter Ziffer 3 im Kundeninformationsblatt ausgewiesenen Betrag. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

### Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

### Genetische Untersuchungen – Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen.

Nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 GenDG ist es uns auch untersagt, die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegenzunehmen oder zu verwenden. Diese Einschränkung gilt nicht, sofern eine Versicherungssumme von mehr als 300.000 Euro oder einer Jahresrente von mehr als 30.000 Euro vereinbart werden soll.

Unabhängig davon bleiben Sie jedoch in jedem Fall verpflichtet, uns bereits bestehende Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen und die Ihnen gestellten Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Dabei ist es unerheblich, durch welche Untersuchungsmethode Sie von den bestehenden Vorerkrankungen und Erkrankungen Kenntnis erlangt haben.

### Versichererwechsel

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherer ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Versicherungsunternehmen daher unerwünscht.

# Unterschriften

## SEPA-Lastschriftmandat

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 13ZZZ0000141064

Mit diesem Formular ermächtige ich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. zum Lastschrifteinzug.

Diese wird mich rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer mitteilen.

**Daten des Kontoinhabers**  Herr  Frau  Firma (nur auszufüllen, falls nicht Antragsteller)

Name, Vorname/Firma

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Ich ermächtige die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., falls erforderlich, spätestens 5 Kalendertage vor dem SEPA-Lastschrifteinzug hierüber eine Information an mich versendet. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift, alternativ  einmalige Lastschrift

IBAN DE

BIC

Kreditinstitut

Datum, Unterschrift  
des Kontoinhabers

X

Wichtig: Das Mandat ist nur mit  
Datum und Unterschrift gültig!

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags in Textform erhalten habe. Die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ wurden mir ausgehändigt.

Unterschrift des Antragstellers  
(Versicherungsnehmers)

X

## Wichtig für Antrag und Anfrage!

Bitte nehmen Sie die mit diesem Formular ausgehändigten Vertragsinformationen zu Ihren Unterlagen.

Sofern ich die in diesem Antrag enthaltenen Unterschriften elektronisch (z. B. auf einem Tablet oder Mobiltelefon) geleistet habe, bestätige ich, dass ich die Unterschriften jeweils eigenhändig geleistet habe. Mir ist bekannt, dass alternativ die Möglichkeit bestanden hat, den Antrag in Papierform zu unterschreiben.

Bei einer Entscheidung für das Überschussystem Fondsansammlung fließen die Überschussanteile in die von Ihnen gewählte Fondsanlage. Die Höhe der Gewinnbeteiligung der Versicherung ist auch von der zukünftigen Wertentwicklung der Fondsanteile abhängig. Die Fondsansammlung ermöglicht einen besonderen Wertzuwachs, enthält aber auch das Risiko einer Wertminderung der so angelegten Überschussanteile.

**I. Antrag** Nach Unterzeichnung dieses Antrags erhalte ich hiervon eine Durchschrift.

**II. Anfrage** (Sofern „Anfrage“ ausgewählt wurde, gilt abweichend von I.):

Mit dieser Anfrage schließe ich keine Versicherung bei der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. ab, sondern wünsche nur ein Angebot.

Im Rahmen der Direktversicherung verpflichtet sich der Antragsteller, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. für den Versorgungsanwärter/-empfänger (versicherte Person) erstellten Unterlagen an diesen weiterzuleiten.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers  
(Versicherungsnehmer) ggf. Firmenstempel

X

Unterschrift des volljährigen zu Versichernden  
(falls nicht Antragsteller)

X

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s  
(bei Minderjährigen zu Versichernden)

X

Ich bestätige, dass der Kunde dem Zielmarkt angehört.

Abweichend: Der Kunde gehört **nicht** dem Zielmarkt an. Der Kunde äußerte ausdrücklich den Wunsch, dass der Vertrag trotzdem abgeschlossen wird. Dieser Wunsch wurde im Beratungsprotokoll dokumentiert.

Unterschrift des Vermittlers

X

Bitte beachten Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtsentbindungserklärung“ auf den folgenden Seiten, sowie die dort zu treffenden Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich der Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, die Sie bitte gesondert und zusätzlich unterschreiben. Bitte beachten Sie darüber hinaus die beigefügten Datenschutzhinweise.



# Unterschriften

## SEPA-Lastschriftmandat

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 13ZZZ00000141064

Mit diesem Formular ermächtige ich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. zum Lastschrifteinzug.

Diese wird mich rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer mitteilen.

**Daten des Kontoinhabers**  Herr  Frau  Firma (nur auszufüllen, falls nicht Antragsteller)

Name, Vorname/Firma

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Ich ermächtige die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., falls erforderlich, spätestens 5 Kalendertage vor dem SEPA-Lastschrifteinzug hierüber eine Information an mich versendet. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift, alternativ  einmalige Lastschrift

IBAN DE

BIC

Kreditinstitut

Datum, Unterschrift  
des Kontoinhabers

X

Wichtig: Das Mandat ist nur mit  
Datum und Unterschrift gültig!

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags in Textform erhalten habe. Die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ wurden mir ausgehändigt.

Unterschrift des Antragstellers  
(Versicherungsnehmers)

X

## Wichtig für Antrag und Anfrage!

Bitte nehmen Sie die mit diesem Formular ausgehändigten Vertragsinformationen zu Ihren Unterlagen.

Sofern ich die in diesem Antrag enthaltenen Unterschriften elektronisch (z. B. auf einem Tablet oder Mobiltelefon) geleistet habe, bestätige ich, dass ich die Unterschriften jeweils eigenhändig geleistet habe. Mir ist bekannt, dass alternativ die Möglichkeit bestanden hat, den Antrag in Papierform zu unterschreiben.

Bei einer Entscheidung für das Überschussystem Fondsansammlung fließen die Überschussanteile in die von Ihnen gewählte Fondsanlage. Die Höhe der Gewinnbeteiligung der Versicherung ist auch von der zukünftigen Wertentwicklung der Fondsanteile abhängig. Die Fondsansammlung ermöglicht einen besonderen Wertzuwachs, enthält aber auch das Risiko einer Wertminderung der so angelegten Überschussanteile.

**I. Antrag** Nach Unterzeichnung dieses Antrags erhalte ich hiervon eine Durchschrift.

**II. Anfrage** (Sofern „Anfrage“ ausgewählt wurde, gilt abweichend von I.):

Mit dieser Anfrage schließe ich keine Versicherung bei der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. ab, sondern wünsche nur ein Angebot.

Im Rahmen der Direktversicherung verpflichtet sich der Antragsteller, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. für den Versorgungsanwärter/-empfänger (versicherte Person) erstellten Unterlagen an diesen weiterzuleiten.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers  
(Versicherungsnehmer) ggf. Firmenstempel

X

Unterschrift des volljährigen zu Versichernden  
(falls nicht Antragsteller)

X

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s  
(bei Minderjährigen zu Versichernden)

X

Unterschrift des Vermittlers

X

Bitte beachten Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ auf den folgenden Seiten, sowie die dort zu treffenden Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich der Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, die Sie bitte gesondert und zusätzlich unterschreiben. Bitte beachten Sie darüber hinaus die beigefügten Datenschutzhinweise.



# Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir 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 oder an unsere Rückversicherer) weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung 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 sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

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

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

## 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns 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:

- Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. – 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 VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. übermittelt werden.

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

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

#### Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. 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 VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. 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 VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. 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 uns 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 bestätigen Sie mit einem Kreuz die folgende Erklärung für den Fall Ihres Todes:

- 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).

## 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb unseres Unternehmens

Wir verpflichten 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. Wir benötigen 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 VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung oder die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, in Einzelfällen nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns 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 [www.volkswohl-bund.de](http://www.volkswohl-bund.de) eingesehen oder bei der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund bzw. unter [info@volkswohl-bund.de](mailto:info@volkswohl-bund.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen können, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag den Rückversicherern vorlegen. 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 Rückversicherer uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen. Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer 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 Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers  
(Versicherungsnehmers)/zu Versichernden

X

Unterschrift der volljährigen zu versichernden  
und/oder mitzuversichernden Person  
(falls nicht Antragsteller)

X

Unterschrift gesetzlich vertretene Person  
(bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit,  
frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

X

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s  
(bei Minderjährigen zu Versichernden)

X

# Dienstleisterliste der VOLKSWOHL BUND Versicherungen

Gesellschaften der VOLKSWOHL BUND Versicherungen, die an der gemeinsamen Verarbeitung der Stammdaten teilnehmen:

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund  
 VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Südwall 37-41, 44137 Dortmund  
 Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37-41, 44137 Dortmund  
 prokundo GmbH, Südwall 37-41, 44137 Dortmund

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Auftraggeber	Stellen	Übertragene Aufgaben
VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.	General Reinsurance AG	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
	Pro Claims Solution GmbH	– Telefonischer Kundenservice – Assistance-Leistungen
	Malteser Service Center	– Telefonischer Kundenservice
	Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH	– Assistance-Leistungen
	Medicals Direct Deutschland GmbH	– Unterstützung bei Leistungsanträgen
	Infoscore Consumer Data GmbH	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	Creditreform AG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG	Bürgel AG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	SCHUFA Holding AG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.	– Risikobeurteilung
	General Reinsurance AG	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
	E+S Rückversicherung AG	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
	Swiss Re Europe S.A.	– Risikobeurteilung, Schadenabwicklung
	Deutsche Rückversicherung AG	– Schadenabwicklung
	Malteser Service Center	– Telefonischer Kundenservice
	Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH	– Assistance-Leistungen
	ROLAND Assistance GmbH	– Telefonischer Kundenservice – Reha- und Assistance-Leistungen
	ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG	– Schadenabwicklung
	ARAG SE	– Telefonische Rechtsberatung
	GDV Dienstleistungs GmbH & Co KG	– Zentralruf der Versicherer, – Branchennetz – Nachrichtenservice
	informa HIS GmbH	– Hinweis- und Informationssystem (HIS) der deutschen Versicherungswirtschaft
	Infoscore Consumer Data GmbH	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	Creditreform AG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	Info-Partner KG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
Denkpark GmbH	– Kommunikationsdienstleister	
prokundo GmbH	– Vertragsbearbeitung und -verwaltung – Schadenregulierung	
prokundo GmbH	Infoscore Consumer Data GmbH	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
Dortmunder Lebensversicherung AG	VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.	– Vertragsbearbeitung und -verwaltung

Darüber hinaus arbeiten die Gesellschaften der VOLKSWOHL BUND Versicherungen mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten/ personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen, bei denen die Datenverarbeitung jedoch kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Kategorien	Übertragene Aufgaben
Gutachter, Sachverständige und Schadenregulierer	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung – Objekteinwertung
Adressermittler	– Adressprüfung
Rechtsanwaltskanzleien	– Rechtsverfolgung, Rechtsberatung
Inkassounternehmen	– Einzug von Forderungen
IT-Wartungsdienstleister	– Wartung von Systemen/Anwendungen
IT- und Telekommunikationsdienstleister	– IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
Entsorger	– Aktenentsorgung
Dienstleister für Reha-, Hilfs- und Pflegeleistungen	– Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen
Übersetzungsbüros	– Übersetzungen
Auslandsregulierungsbüros	– Abwicklung von Schäden mit Auslandsbezug
Autoglaser	– Scheibenreparatur und -ersatz
KFZ-Werkstätten und Werkstattnetze	– Reparatur beschädigter Kraftfahrzeuge
Autovermietungen	– Vermietung von Fahrzeugen an Unfallgeschädigte
Restwertbörsen	– Ermittlung von Restwertangeboten im Bereich KFZ-Schaden
Sanierer	– Durchführung von Sanierungsarbeiten im Schadenfall
Leckorter und Trockner	– Durchführung von Leckortungs- und Trocknungsarbeiten
Sonstige Dienstleister zur Unterstützung und Schadenregulierung	– Belegprüfung, technische Prüfung

## Hinweis zur Übermittlung personenbezogener Daten an Dienstleister – Widerspruchsrecht

Eine Übermittlung personenbezogener Daten an die oben genannten Dienstleister erfolgt nur, wenn dies zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses oder zur Wahrung unserer berechtigten Interessen (z. B. im Rahmen der Risikoprüfung oder Schaden- und Leistungsbearbeitung) erforderlich ist. Die Übermittlung im Rahmen einer Funktionsübertragung nach Art. 22 Code of Conduct unterbleibt, wenn der Betroffene widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass sein schutzwürdiges Interesse wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse des Auftraggebers an einer Übermittlung übersteigt.

# Hinweise zum Datenschutz

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Bitte informieren Sie etwaig andere betroffene Personen (z. B. Bezugsberechtigte, Beitragszahler, etc.) entsprechend.

## Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.  
Südwall 37-41  
44137 Dortmund  
Telefon 0231 / 5433-0  
Fax 0231 / 5433-400  
E-Mail-Adresse [info@volkswohl-bund.de](mailto:info@volkswohl-bund.de)

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: [datschutz@volkswohl-bund.de](mailto:datschutz@volkswohl-bund.de)

## Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter [www.volkswohl-bund.de/cms/datschutz](http://www.volkswohl-bund.de/cms/datschutz) abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung.

## Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit uns oder einer anderen Gesellschaft des VOLKSWOHL BUND-Konzerns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

## Herkunft der Daten

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, wenn Sie mit uns in Kontakt treten, z. B. als Interessent, im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung oder als Anspruchsteller. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von Ihrem für Sie zuständigen Vermittler, für Sie tätigen Makler, von einem anderen Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns oder sonstigen Dritten (z. B. einer Kreditauskunft, Adressdienstleister, Bundeszentralamt für Steuern, Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen) zulässigerweise (z. B. zur Ausführung von Aufträgen, zur Erfüllung von Verträgen oder aufgrund einer erteilten Einwilligung) erhalten haben. Außerdem verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Schuldnerverzeichnisse, Handels- und Vereinsregister, Presse, Medien, Internet) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdaten, Staatsangehörigkeit), Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten), Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten.

## Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

### Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellt Ihnen dieser unter [de.genre.com/Datenschutz/HinweiseArt14DSGVO/](http://de.genre.com/Datenschutz/HinweiseArt14DSGVO/) zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

### Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

### Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

#### Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <http://www.volkswohl-bund.de/cms/datenschutz> entnehmen.

#### Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

#### **Dauer der Datenspeicherung**

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

#### **Betroffenenrechte**

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

#### **Widerspruchsrecht**

**Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.**

#### **Beschwerderecht**

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen  
Kavalleriestraße 2-4  
40213 Düsseldorf

#### **Bonitätsauskünfte**

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden (im Folgenden „ICD“ genannt). Rechtsgrundlage dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 b und Art. 6 Abs. 1f DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur ICD i. S. d. Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie in der Anlage beziehungsweise unter folgendem Link [<https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>].

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei den Unternehmen der creditreform-Gruppe Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.



### **1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten**

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o.a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

### **2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD**

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z. B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungsbkauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

### **3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD**

Die ICD ist ein Auskunftseunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Rechnungsbkauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

### **4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD**

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseintragungen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-)Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

### **5. Herkunft der Daten der ICD**

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

### **6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD**

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z.B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

### **7. Dauer der Datenspeicherung der ICD**

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist.

Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschrfristen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband Die Wirtschaftsauskunfteien e.V. zusammengeschlossenen Auskunftseunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger wählende Speicherung erforderlich ist.

### **8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD**

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde -Der Landesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg, Königstr. 10a, 70173 Stuttgart- zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

**Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.**

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen:

Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft)

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunft-anfordern.html> beantragen.

### **9. Profilbildung/Profiling/Scoring**

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Ziff. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichnis-Eintragungen und Insolvenzverfahren (siehe Ziff. 4. u. 5.), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntsein der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z.B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z.B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.



## Vertriebspartner-Informationen

Vertriebspartner-Informationen		
Name	Partnerkennung	Büro-Nr.
IHK-Registrierungsnummer	Abweichender Bestand	
Infofeld	Infofeld 2	

## Informationen zur vereinfachten maschinellen Erfassung

