

Antrag auf Grundfähigkeitsabsicherung



ZURICH®

Wichtig! Jede Änderung muss vom Antragsteller bescheinigt werden!

Referenzvertragsnummer (falls vorhanden) _____

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

Allgemeine Kundendaten

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.

- Antragsteller/Versicherungsnehmer**
Bei mehreren Versicherungsnehmern bitte Zusatzformular
„Erklärung Versicherungsnehmer gemeinsam“ beifügen.
- zu versichernde Person**, wenn sie selbst den Antrag stellt

Herr Frau

Name _____ Vorname _____ Titel* _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Familienstand* _____

Telefonnummer mit Vorwahl* _____ Telefaxnummer mit Vorwahl* _____ E-Mail-Adresse* _____

Staatsangehörigkeit _____ Geburtsdatum _____ Geburtsland/-ort _____ Geburtsname (falls anders lautend) _____

Genaue Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit/Branche _____ Steueridentifikationsnummer* _____

- Angestellter Beamter öffentl. Dienst Arbeiter Freiberufler/Selbstständiger Schüler Auszubildender Student Sonstige: _____

- zu versichernde Person** Nur ausfüllen, wenn sie nicht selbst Antragsteller ist.

Herr Frau

Name _____ Vorname _____ Titel* _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Familienstand* _____

Telefonnummer mit Vorwahl* _____ Telefaxnummer mit Vorwahl* _____ E-Mail-Adresse* _____

Staatsangehörigkeit _____ Geburtsdatum _____ Geburtsland/-ort _____ Geburtsname (falls anders lautend) _____

Genaue Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit _____ Branche _____

- Angestellter Beamter öffentl. Dienst Arbeiter Freiberufler/Selbstständiger Schüler Auszubildender Student Sonstige: _____

Angaben des Antragstellers gemäß Geldwäschegesetz (GwG)

- **zur Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten** – stets erforderlich –

Ich handle auf eigene Veranlassung. Name, Vorname des Dritten _____

Ich handle auf Veranlassung eines Dritten: _____

- **wenn der Antragsteller eine natürliche Person ist und kein SEPA-Lastschriftmandat von seinem Konto erteilt wird:**

Personalausweis-Nr. Reisepass-Nr. ausgestellt am _____ Ausstellungsbehörde _____ Ausweis/Pass gültig? ja nein

Politisch exponierte Person (PEP)

Der Antragsteller oder ein etwaiger wirtschaftlich berechtigter Dritter oder ein Bezugsberechtigter ist eine „Politisch exponierte Person (PEP)“.

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

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60ZZ00000023236

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

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

Name des Kreditinstituts _____ Vorname und Name (Kontoinhaber) _____

Datum, Unterschrift/en des/der Kontoinhaber/s _____

Wenn Kontoinhaber abweichend vom Antragsteller

Vorname, Name, Postleitzahl, Ort, Straße und Hausnummer _____



0 0 0 1 0 7 0 6 1 4 7 4



Empfänger der Versicherungsleistungen

■ Bei Private Vorsorge (widerruflich Bezugsberechtigter):

(Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen!)

Versicherungsnehmer VP oder:

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Versicherungsumfang

Ich beantrage Versicherungsschutz gemäß dem **Persönlichen Vorschlag vom**

Datum der Erstellung	Vorschlag Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dynamische Anpassungen (Dynamik)

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

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

Besondere Vereinbarungen

(Nur ausfüllen, sofern eine Vereinbarung getroffen werden soll.) Der Antrag gilt nur, wenn folgende besondere Vereinbarung zustande kommt.

Bestätigung über den Erhalt von Verbraucherinformationen

Rechtzeitiger Erhalt der Informationsunterlagen

Bedenken Sie, dass Sie mit dem Abschluss dieser Versicherung eine langfristige Bindung eingehen. Deshalb sieht der Gesetzgeber vor, dass Ihnen die unten aufgeführten Unterlagen **rechtzeitig** vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung überlassen werden. Sie bestimmen dabei, was für Sie rechtzeitig bedeutet. Wenn Sie eine weitere Beratung wünschen, vereinbart Ihr Berater gerne einen weiteren Termin mit Ihnen.

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

- **Persönlicher Vorschlag und Produktinformationsblatt** als Papier als Datei
- **Verbraucherinformationen** aufgeführt auf der **letzten Seite** des Persönlichen Vorschlags unter „Weitere wichtige Informationen“ als Papier als Datei

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die oben genannten Unterlagen – entsprechend Ihren persönlichen Bedürfnissen – rechtzeitig erhalten haben.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	!	Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen	!
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Hinweise auf Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung, Wichtige Hinweise und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die auf den nachfolgenden Seiten stehende Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung sowie die Wichtigen Hinweise. **Sie sind wichtige Bestandteile des Vertrages.** Mit Ihrer Unterschrift dokumentieren Sie deren Kenntnisnahme. Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle hier beantragten Versicherungen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/zu versichernde Person wenn sie selbst den Antrag stellt	!	Es betreut Sie (Stempel/Aufkleber): Geschäftsstelle/Filiale
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Unterschrift zu versichernde Person	Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen	!	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	!	
Ihr Ansprechpartner	Telefon Ihres Kundenberaters/Vermittlers		IHK-Registernummer
Unterschrift Ihres Kundenberaters/Vermittlers	<input type="text"/>	!	<input type="text"/>
<input type="text"/>			!

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

Wichtige Hinweise

Beitragszahlung/Kontoverbindung

Ihr Kundenbetreuer/Vermittler ist nicht berechtigt Beiträge für die beantragte Versicherung entgegenzunehmen. Etwaige Beitragszahlungen werden nach Annahme des Antrages von der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen oder sind ausschließlich direkt auf das unten angegebene Konto unter Angabe der Versicherungsnummer zu überweisen.

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
53288 Bonn · www.zurich.de

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

Aufsichtsratsvorsitzende: Christine Theodorovics. Vorstand: Marcus Nagel (Vors.), Javed Barna (stellv. Vors.), Dr. Klaus Endres, Gerhard Frieg, Alexander Libor, Dr. Ulrich Mitzlaff, Carlos Schmitt, Hermann Schrögenauer.
Sitz der Gesellschaft: Bonn. Amtsgericht: Bonn (HRB 4450). UStID-Nr.: DE811326023

Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, Poppelsdorfer Allee 25-33, 53115 Bonn, in Textform nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

Was passiert, wenn Sie falsch antworten?

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

Im Einzelnen gilt bei Verletzungen der Anzeigepflicht Folgendes:

■ Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

■ Kündigung

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

Monat zu kündigen. Bei der Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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

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

■ Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht weisen wir Sie in unserer Mitteilung hin.

■ Ausübung unserer Rechte

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

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

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

■ Stellvertretung durch eine andere Person

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

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
53288 Bonn · www.zurich.de

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

Aufsichtsratsvorsitzende: Christine Theodorovics. Vorstand: Marcus Nagel (Vors.), Javed Barna (stellv. Vors.), Dr. Klaus Endres, Gerhard Frieg, Alexander Libor, Dr. Ulrich Mitzlaff, Carlos Schmitt, Hermann Schrögenauer.
Sitz der Gesellschaft: Bonn. Amtsgericht: Bonn (HRB 4450). UStID-Nr.: DE811326023



Erklärung der zu versichernden Person

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

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

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

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

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

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

Gesundheitserklärung

- Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr derzeitiges Gewicht an: cm | kg
- Bitte geben Sie uns Name und Adresse Ihres Hausarztes oder des Arztes an, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist:
- Wurde bei Ihnen ein Grad der Behinderung (GdB), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WdB) anerkannt oder haben Sie **in den letzten 5 Jahren** einen Antrag hierauf gestellt? ja nein
 - Bestehen körperliche oder geistige Beeinträchtigungen (Funktionseinschränkungen, Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen) oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente oder Pension? ja nein
- Bestanden bei Ihnen **in den letzten 12 Monaten oder bestehen** bei Ihnen eine oder mehrere der nachstehend genannten Beeinträchtigungen (dauerhaft, wiederkehrend, einmalig)?
 - Auch mit Sehhilfe nicht ausgleichbare Sehstörungen bzw. durch Hörgerät nicht ausgleichbare Hörstörungen? ja nein
 - Einschränkungen beim Greifen von Gegenständen oder Stiften (z. B. durch Taubheitsgefühl in den Fingern, Fehlen von Fingern)? ja nein
 - Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit oder Belastbarkeit eines Armes oder beider Arme (z. B. beim Heben eines Gegenstandes, beim Anheben eines oder beider Arme)? ja nein
 - Einschränkungen beim Stehen, Gehen, Treppensteigen, Knien oder Bücken (z. B. unsicherer Gang, Beeinträchtigung beim Niederknien bis auf den Boden oder Aufrichten nach Knien oder Bücken bzw. Abbruch beim Treppensteigen)? ja nein
 - Einschränkungen der Konzentration, des Gedächtnisses, beim Autofahren (z. B. schnelles Ermüden)? ja nein
 - Einschränkungen des Sprachvermögens (z. B. undeutliche Aussprache, Sprachverlust)? ja nein
- Werden Sie derzeit** oder wurden Sie **in den letzten 5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen länger als 4 Wochen regelmäßig (täglich, wöchentlich, monatlich, ununterbrochen) oder über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten bedarfsweise ärztlich oder therapeutisch behandelt (z. B. mit Tabletten, Spritzen, Infusionen, Sprays, Therapiepflaster, Salben oder durch Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie)? ja nein
- Haben **in den letzten 5 Jahren** Krankenhaus- (ambulant oder stationär), Heil- oder Kurbehandlungen, Reha- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden oder sind solche geplant bzw. ärztlich empfohlen oder angeraten? ja nein
 - Sind ambulante Untersuchungen (z. B. Hör- oder Sehtest, Röntgenaufnahmen, Blutuntersuchungen) **für die nächsten 6 Monate** geplant bzw. ärztlich empfohlen oder angeraten? ja nein
- Werden Sie derzeit oder wurden Sie **in den letzten 10 Jahren** aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Heilpraktiker, sonstige Therapeuten oder in Krankenhäusern (ambulant oder stationär) beraten, untersucht oder behandelt und/oder wurden Ihnen Behandlungen oder Untersuchungen verordnet oder angeraten?
 - HIV-Infektion, Hepatitis B oder C Infektion? ja nein
 - Alkohol- oder Drogenkonsum, Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit? ja nein
 - Erkrankungen oder Störungen des Nervensystems, des Gehirns oder der Psyche (z. B. Selbstmordversuch, Epilepsie, Krampfanfälle, Multiple Sklerose, Parkinson, Seh-, Sprach- oder Gefühlsstörungen)? ja nein
 - Erkrankungen der Knochen, Gelenke inkl. Sehnen oder Bänder (z. B. Gelenkfehlstellung, Arthrose, Gelenkabnutzung, Osteoporose, rheumatische Erkrankung)? ja nein
 - Bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Leukämie, Blutkrebs, Knochenkrebs, Darmkrebs)? ja nein

Bitte geben Sie hier Einzelheiten zu den Fragen 3 bis 7 an, wenn bejaht.

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

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

Risiko-/Gesundheitsfragebogen

Angaben zu Arbeitseinkommen und Vorversicherungen, besonderen Gefahren

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

8. Bestehen für Sie bereits Absicherungen bei Berufs-, Erwerbs-, Dienstunfähigkeit oder aus Grundfähigkeitsabsicherungen aus privaten oder betrieblichen (betriebliche Altersvorsorge) Versicherungsverträge oder aus berufsständischen Versorgungswerken oder sind solche beantragt? ja nein
 Angabe in Euro pro Jahr:

Bestehende/beantragte Absicherungen bei Zurich und anderen Versicherern:

Für den Verlust von Grundfähigkeiten:

Bei Berufsunfähigkeit:

Bei Erwerbsunfähigkeit:

Bei Dienstunfähigkeit:

Aus berufsständischen Versorgungswerken/Versorgungswerken:

Wichtig: Übersteigen versicherte und beantragte Renten 2.500 EUR monatlich (inkl. Bonusrenten), so muss der Fragebogen „Finanzen und Beruf“ beantwortet und zusammen mit Einkommensnachweisen (aktuell sowie der letzten drei Jahre) dem Antrag beigefügt werden.

9. a) Wie hoch ist Ihr jährliches Brutto-Arbeitseinkommen* (in Euro) im letzten Kalenderjahr gewesen?
 * aus nicht-selbstständiger (Festgehalt ohne Tantiemen) und/oder selbstständiger Tätigkeit (Gewinn vor Steuern aus Praxis oder Gewerbe nach Abzug aller Betriebsausgaben und betrieblichen Steuern)

- b) Wenn Sie selbstständig oder freiberuflich tätig sind: Seit wann?

10. Wurden **in den letzten 5 Jahren** bei anderen Gesellschaften Anträge auf Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen oder Grundfähigkeitsabsicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder zu erschwerten Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Ausschlussbestimmungen) angenommen? ja nein
 Wenn ja: Wann? Aus welchen Gründen?

11. Sind Sie besonderen Gefahren bei Sport oder Hobby (z. B. Flugsport/Drachenfliegen/Fallschirmspringen, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten) ausgesetzt oder nehmen Sie an Motor(rad)sportveranstaltungen teil? ja nein
 Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben oder fügen Sie die jeweilige Zusatzerklärung bei:

12. Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein Land außerhalb Europas, Kanadas oder der USA zu reisen? ja nein
 Wenn ja, bitte hier Einzelheiten angeben (z. B. Reiseziel, Beginn und Dauer des geplanten Aufenthaltes):

Antragsfragen Grundfähigkeitsversicherung für Kinder

Ab Einschulung (frühestmöglich ab 5 Jahren) bis Eintrittsalter 14 Jahre, maximal versicherbare Rente 1.000 EUR.

Gesundheitserklärung

1. Bitte geben Sie die aktuelle Körpergröße sowie das derzeitige Gewicht der zu versichernden Person an: cm kg

2. Bitte geben Sie uns den Namen und die Anschrift des Kinderarztes oder des Arztes, der am besten über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person informiert ist:

3. Bestehen oder bestanden bei der zu versichernden Person Entwicklungsstörungen/-verzögerungen, angeborene oder erworbene Fehlbildungen, chronische Erkrankungen/Gebrechen (z. B. Seh- oder Hörminderung) oder Folgen von Unfällen? ja nein

4. Wurde die zu versichernde Person in den letzten 5 Jahren aufgrund von Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z. B. depressive Stimmungen, Angstzustände, Belastungsreaktionen, Essstörungen, Erschöpfungszustände) beraten, untersucht oder behandelt, oder sind solche Maßnahmen angeraten? ja nein

5. Wurde die zu versichernde Person **in den letzten 5 Jahren** wegen der gleichen Erkrankungen oder Beschwerden
 – mehr als viermal oder
 – länger als vier Wochen regelmäßig (täglich, wöchentlich, monatlich) oder
 – mehr als sechs Monate bedarfsweise
 durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Suchtberater, sonstige Therapeuten oder in Krankenhäusern (ambulant oder stationär) beraten, untersucht oder behandelt? ja nein

6. Wurde bei der zu versichernde Person **in den letzten 5 Jahren** wegen der gleichen Erkrankungen oder Beschwerden
 – mehr als viermal oder
 – länger als vier Wochen regelmäßig (täglich, wöchentlich, monatlich) oder
 – mehr als sechs Monate bedarfsweise
 Behandlungen (z. B. mit Tabletten, Spritzen, Infusionen, Sprays, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik) durchgeführt, verordnet oder angeraten? ja nein

7. a) Wurde eine Vorsorgeuntersuchung („Mutter-Kind-Pass“, „U- und J-Untersuchungen“) oder die Schuleingangsuntersuchung für die zu versichernde Person ausgelassen? ja nein

- b) Ergab sich aus mindestens einer der in 7. a) genannten Untersuchung ein auffälliger Befund oder besteht oder bestand die Notwendigkeit einer schulischen Förderung wegen Lernschwierigkeiten oder Teilleistungsschwächen? ja nein

Bitte geben Sie hier Einzelheiten zu den Fragen 3 bis 7 an, wenn bejaht.

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

Was lag oder liegt vor?
 Angabe des Grundes

Von – bis

Geben Sie Ärzte, Psychologen, Psycho- oder Physiotherapeuten, Heilpraktiker oder Krankenhäuser, Heil- und Kuranstalten, Rehakliniken, Sanatorien an, bei denen wir Informationen einholen und Einsicht in die medizinischen Unterlagen nehmen können (Name, Anschrift).

Folgenlose Heilung? Ja, seit wann?
 Nein, welche Beschwerden oder Funktionsstörungen bestehen noch?

<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"/>

Angaben zu Vorversicherungen und besonderen Gefahren

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

8. a) Bestehen für die zu versichernde Person bereits Absicherungen bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder aus Grundfähigkeitsabsicherung, oder sind solche beantragt? ja nein
 (Falls ja, teilen Sie uns bitte die Höhe der Absicherung mit, sowie wann die Versicherung abgeschlossen wurde und bei welchem Versicherungsunternehmen)

- b) Wurden **in den letzten 5 Jahren** Lebensversicherungsverträge (auch Grundfähigkeitsabsicherungen, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen) für die zu versichernde Person bei anderen Versicherungsgesellschaften zu erschwerten Bedingungen (z. B. Risikozuschlag) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? ja nein
 Wenn ja: Wann? Aus welchen Gründen?

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der nachfolgende Text beruht auf der 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmten Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG („Zurich“) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt Zurich Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt Zurich Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch („StGB“) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister oder Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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

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

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

1 Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch Zurich

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

2 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass Zurich die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit sie erforderlich ist. Zurich benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

Möglichkeit I:

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

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

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch Zurich an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für Zurich tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

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

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch Zurich einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an Zurich einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

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

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für Zurich konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1 – Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

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

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

Zurich verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

Zurich führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Zurich Gruppe Deutschland oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt Zurich Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Zurich führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für Zurich erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie in den Ihnen überlassenen Verbraucherinformationen. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.zurich.de/see eingesehen oder bei Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, Poppelsdorfer Allee 25-33, 53115 Bonn, Telefon 0228 268-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt Zurich Ihre Einwilligung.

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

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung Zurich aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob Zurich das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

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

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

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für Zurich tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann Zurich an das HIS melden. Zurich und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt Zurich Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

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

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2.1).

3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

Bonitätsprüfung

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

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

Verantwortlichkeit für den Antrag

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

Hinweis zur Datenverarbeitung und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte sorgfältig die vorstehenden Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärungen, die Sie mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt Ihres Antrages machen. Weitere Informationen zur Verwendung Ihrer Daten enthalten die Verbraucherinformationen. Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle hier beantragten Versicherungen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller



Unterschrift zu versichernde Person



Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen



Unterschrift des Kundenberaters/Vermittlers



Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
53288 Bonn · www.zurich.de

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

Aufsichtsratsvorsitzende: Christine Theodorovics. Vorstand: Marcus Nagel (Vors.), Javed Barna (stellv. Vors.),

Dr. Klaus Endres, Gerhard Frieg, Alexander Libor, Dr. Ulrich Mitzlaff, Carlos Schmitt, Hermann Schrögenauer.

Sitz der Gesellschaft: Bonn. Amtsgericht: Bonn (HRB 4450). UStID-Nr.: DE811326023

Hinweis zum Gen-Diagnostik-Gesetz (GenDG)

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

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

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

Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

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

Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung Aktiengesellschaft

Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

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

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

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

2. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die beantragten Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung, Erwerbsunfähigkeitsversicherung – auch als Zusatzversicherung – sowie einer Versicherung für die Absicherung von Grundfähigkeiten. Wir erbringen bei Eintritt einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten im Rahmen unserer Grundfähigkeitsabsicherung während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes, wenn uns der Versicherungsfall innerhalb von drei Monaten seit dessen Eintritt angezeigt worden ist, folgende Leistungen:

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

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

3. Bei Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit sowie Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten im Rahmen unserer Grundfähigkeitsabsicherung beträgt die Höchstrente inklusive Überschuss 12.000 EUR jährlich; die Beitragsbefreiung gilt für einen Gesamtbeitrag von höchstens 1.500 EUR jährlich.

4. Ist in Ihrem Antrag eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung eingeschlossen, so leisten wir bei Tod der versicherten Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine Hinterbliebenenrente.

Die Hinterbliebenenrente inklusive Überschuss beträgt höchstens 12.000 EUR jährlich.

5. Die Begrenzungen in den Absätzen 1, 3 und 4 gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

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

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

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

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

§ 4 Wann ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

§ 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

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

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

§ 6 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

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

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?

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

Wichtiger Hinweis!

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