

Antrag auf Lebens-/Rentenversicherung ohne Risiko-/Gesundheitsfragebogen

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



Wichtig! Jede Änderung muss vom Antragsteller bescheinigt werden!

Vertriebs- gesell.				Agenturnummer				Personalnummer				Anteil % Vermittler				BWS/PBS				ratierl.				Referenzvertragsnummer (falls vorhanden)				Wiederanlage <input type="checkbox"/>			
Vertriebsstelle				Zielgruppe				SC-Nr.				Vertriebsweg				Antragsnummer				Schlüssel bei ext. Gesellschaft				Kundennummer Bank							
↓ wenn mehr als 1 Verm.				↓ wenn Betr. ungl. Verm.				↓ wenn mehr als 1 Betr.				↓ Filiale Finanzberater																			

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

Herr Frau Firma
Name bzw. Firmenbezeichnung Vorname Titel*

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Familienstand*

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

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

Genauere Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit/Branche Steueridentifikationsnummer (nur bei Basisversorgung)

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

zu versichernde Person Nur ausfüllen, wenn sie nicht selbst Antragsteller ist – **nicht bei Basisversorgung** –.

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)

Genauere Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit Branche

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

Angaben des Antragstellers gemäß Geldwäschegesetz (GwG)

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

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

Ich handele 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

■ wenn der Antragsteller eine juristische Person ist, bitte das Zusatzformular „Aufzeichnung gemäß Geldwäschegesetz (GwG)“ ausgefüllt beifügen!

Politisch exponierte Person (PEP)

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

- ja nein

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

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

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

Angaben bei Privater Vorsorge stets erforderlich – ausgenommen bei Risikolebensversicherungen und Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen bzw. Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen

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

Identifizierung von Steuerpflichtigen im Ausland (ausgenommen USA) für den automatisierten internationalen Steuerdatenaustausch

Nach den Vorgaben zum automatisierten internationalen Steuerdatenaustausch ist Zurich verpflichtet, zur Prüfung und Erfüllung von Meldeverpflichtungen Daten von Vertragspartnern und aus Verträgen begünstigter Personen zur steuerlichen Ansässigkeit sowie, soweit vorhanden, deren Steueridentifikationsnummer zu erheben und zu verarbeiten. Sollten Sie im Sinne des internationalen Steuerdatenaustauschs im Ausland steueransässig sein, sind wir verpflichtet, dies der zuständigen deutschen Steuerbehörde zu melden.

Angaben bei Privater Vorsorge stets erforderlich – ausgenommen bei Risikolebensversicherungen und Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen bzw. Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen

- Sind Sie in einem Land außerhalb von Deutschland steuerlich ansässig? ja nein

Falls Sie die Frage mit „ja“ beantworten, füllen Sie bitte das Zusatzformular „Identifizierung von Steuerpflichtigen im Ausland“ aus.

Hinweis: Schließt der Versicherungsnehmer den Vertrag als juristische Person/Rechtsträger ab, so ist das Zusatzformular „Identifizierung von Steuerpflichtigen im Ausland“ immer auszufüllen.



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60ZZZ0000023236

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

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

BIC

Name des Kreditinstituts

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Datum, Unterschrift/en des/der Kontoinhaber/s



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

Vorname, Name, Postleitzahl, Ort, Straße und Hausnummer

Empfänger der Versicherungsleistungen

■ Bei Private Vorsorge (widerruflich Bezugsberechtigter):

Im Erlebensfall (Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen!)

Versicherungsnehmer 1. VP 2. VP

oder:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Bei sofortbeginnenden Rentenversicherungen bitte zusätzlich angeben:

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

BIC

Name des Kreditinstituts

Im Todesfall (Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen!)

der dann mit der zu versichernden Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner/eingetragene Lebenspartner

oder:

Name

Vorname

Geburtsdatum

■ Bei Basisversorgung:

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

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

Versicherungsumfang

Datum der Erstellung

Vorschlag Nummer

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

■ Nur bei Private Vorsorge: **Dynamische Anpassungen (Dynamik)**

Die dynamische Anpassung wird bei Rentenversicherungen gegen laufenden Beitrag nur beantragt, sofern die versicherte Person das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

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

Alternativ: Maßgebend für die Erhöhung soll eine Anhebung des Beitrags um _____ % sein.

Ich wünsche keinen Dynamikeinschluss.

Hypothekenanrecht (nicht bei Basisversorgung) – Die Rentenversicherung ist unabhängig von der Gewährung eines Hypothekenanrechts!

Wird ein Hypothekenanrecht beantragt (nur möglich, wenn beantragte Kapitalabfindung mindestens 25.000 EUR beträgt)?

ja

Finanzierung (nicht bei Basisversorgung) – Steht dieser Antrag in Verbindung mit einer Finanzierung?

ja

Verbundfinanzierung... Direktgeschäft... Bankfinanzierung... ... mit Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG

Name und Anschrift der Bank

Aktenzeichen/Kreditkonto-Nr.

Soll die Rentenversicherung auch abgeschlossen werden, wenn es nicht zur Darlehensvergabe kommt?

ja nein

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

Wichtig! Bei Basisversorgung bitte hier keine Vereinbarungen zu Zuzahlungen und Dynamik aufnehmen. Falls gewünscht, müssen diese zwingend im Persönlichen Vorschlag enthalten sein.

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 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.

Umfang Ihrer Erklärungen:

Für

- **Aufgeschobene Rentenversicherungen ohne Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung,**
- **Aufgeschobene Rentenversicherungen mit Indexwahlmöglichkeit,**
- **Fondsgebundene Versicherungen/Basisrenten mit laufender Beitragszahlung, Premiumschutz 0% und ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung und**
- **Fondsgebundene Versicherungen mit Einmalbeitrag und Basisschutz**

verarbeiten wir keine Gesundheitsdaten. Haben Sie sich für eines dieser Produkte entschieden (dies können Sie Ihrem Persönlichen Vorschlag entnehmen), benötigen wir Ihre nachfolgenden Erklärungen nur soweit sie sich auf Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten beziehen (Ziffer 3 und 4).

Bitte füllen Sie die Auswahlfelder in Ziffer 2.1 und 2.2 in diesem Fall nicht aus.

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

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

2 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es 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 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 bebringe.

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

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 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 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 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 Leistungsfalleinschätzung 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 Ziffer 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 geschützten 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 Daten 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 antragende 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 Auskunftei 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.

Einwilligung nach § 10 Abs. 2 EStG (nur Basisversorgung)

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer die im jeweiligen Beitragsjahr zu berücksichtigenden Beiträge unter Angabe der Steueridentifikationsnummer (§ 139b Abgabenordnung) und der Vertragsdaten an die zentrale Stelle übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre, es sei denn, ich widerrufe die Einwilligung schriftlich gegenüber dem Versicherer. Der Widerruf muss dem Versicherer vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, vorliegen.

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.

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“ bzw. für die Konsortialversicherung (Schicht 1)

auf der **ersten Seite** des Persönlichen Vorschlags unter „Maßgebliche Vertragsinformationen“ 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



Hinweis zur Datenverarbeitung und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte sorgfältig die vorstehenden Einwilligung- und Schweigepflichtbindungserklärungen, die Sie mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt Ihres Antrages machen. Weitere Informationen zur Verwendung Ihrer Daten enthalten die Verbraucherinformationen.

Bitte beachten Sie auch die Wichtigen Hinweise auf der nachfolgenden Seite. Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle hier beantragten Versicherungen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/zu versichernde Person
wenn sie selbst den Antrag stellt



Unterschrift zu versichernde Person



Unterschrift der gesetzlichen Vertreter
bei Minderjährigen



Es betreut Sie (Stempel/Aufkleber):

Geschäftsstelle/Filiale

Ihr Ansprechpartner

Unterschrift Ihres Kundenberaters/Vermittlers



Telefon Ihres Kundenberaters/Vermittlers

IHK-Registernummer



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

Wichtige Hinweise

■ Regelbasierte Fondsgebundene Versicherung

Garantierte Leistung

– Private Vorsorge

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

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

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

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

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

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

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

– Basisversorgung

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

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

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

Die Garantie der DHAG gilt bereits zum frühestmöglichen Abruftermin.

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

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

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

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

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

Beitragszahlung/Kontoverbindung

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

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