

# Betriebliche Altersversorgung

## Antrag auf Rückdeckungsversicherung für eine Unterstützungskassenversorgung



finanziert  durch Entgeltumwandlung  vom Arbeitgeber  
 Mischfinanzierung

**LV** – Konventionelle Rentenversicherung

**FV** – (Regelbasierte) Fondsgebundene Versicherung

Bitte immer zusammen mit **der Kurzübersicht des Persönlichen Vorschlags** der aktuellen Tarif-Software der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG einreichen!

**Wichtig!** Jede Änderung muss vom Antragsteller bescheinigt werden! Alle Zeiten und Dauern sind in Jahren anzugeben!

**Referenzvertragsnummer** (Falls vorhanden, bitte in jedem Fall angeben!)

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

### Antragsteller/Versicherungsnehmer

**Zurich Deutscher Herold überbetriebliche Unterstützungskasse e. V. (ZDHUK) in Sachen Trägerunternehmen:**

neues Trägerunternehmen  Trägerunternehmen mit bestehenden Versicherungen bei ZDHUK

Name bzw. Firmenbezeichnung des Trägerunternehmens  Rechtsform

Straße, Hausnummer  PLZ, Ort

Registernummer (z. B. Handels-, Genossenschafts- oder Partnerschaftsregister)  Registergericht  Bilanztermin

Sofern vorhanden, bitte Kopie beifügen!

### Zu versichernde Person Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.

Herr  Frau

Name  Vorname  Titel\*

Straße, Hausnummer  PLZ, Ort  Familienstand

Telefonnummer mit Vorwahl\*  Telefaxnummer mit Vorwahl\*  E-Mail-Adresse (sofern vorhanden)

Staatsangehörigkeit  Geburtsdatum/-ort  Geburtsname (falls anders lautend)

Genaue Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit/Branche  Steueridentifikationsnummer\*  Firmeneintritt

Bei der zu versichernden Person handelt es sich um einen

Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF)  Geschäftsführer  Familienangehörigen des Arbeitgebers/GGF's  Arbeitnehmer

(bei Einschluss HZV)

### Mitversichernde Person

Herr  Frau

Name  Vorname  Titel\*  Geburtsdatum

Straße, Hausnummer  PLZ, Ort  Telefonnummer mit Vorwahl\*

Bei der mitversichernden Person handelt es sich um:

den Ehegatten/den Lebenspartner nach IPartG  den Lebensgefährten

### Empfänger der Versicherungsleistungen

**Empfänger aller Versicherungsleistungen:** Zurich Deutscher Herold überbetriebliche Unterstützungskasse e. V. (ZDHUK)

### Versicherungsumfang

Datum der Erstellung

Vorschlag Nummer

Der Antragsteller beantragt Versicherungsschutz gemäß dem **Persönlichen Vorschlag vom**

### Besondere Vereinbarungen

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



# Einverständniserklärung der zu versichernden Person gegenüber der ZDHUK

Ich stimme dem Abschluss einer Rückdeckungsversicherung auf mein Leben durch die ZDHUK bei der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG (Rückdeckungsversicherer) zu und werde alle im Rahmen der Rückdeckungsversicherung notwendigen Unterlagen und Auskünfte zur Verfügung stellen sowie mich erforderlichenfalls einer gesundheitlichen Prüfung unterziehen. Außerdem verpflichte ich mich, alle Angaben zu machen, die zur Gewährung von Versorgungsleistungen erforderlich sind, und werde auch ggf. entsprechende Unterlagen zur Verfügung stellen. Ich bin mit den Bestimmungen des betrieblichen Leistungsplans (Generelle Vereinbarung) einschließlich der Regelungen zur Höhe der Versorgung einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass die ZDHUK im zur Durchführung der Versorgung erforderlichen Umfang meine personenbezogenen Daten vom Arbeitgeber erhält, in Datensammlungen führt, elektronisch verarbeitet und an die mit der Durchführung und Abwicklung der ZDHUK-Verwaltung beauftragte Zurich Service GmbH und den Rückdeckungsversicherer Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG übermittelt. Gesundheitsdaten darf der Arbeitgeber nur an den Rückdeckungsversicherer übermitteln.

## 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.

### Umfang Ihrer Erklärungen:

Für

- **Aufgeschobene Rentenversicherungen, ohne Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung und**
- **(Regelbasierte) Fondsgebundene Versicherungen mit laufender Beitragszahlung, mit Premiumschutz 0% und ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**

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 (Ziffern 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 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 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

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 und in diesem Antrag. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.zurich.de/see](http://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](http://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, die infocore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden 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.

## Hinweise auf Schweigepflichtentbindungs- und Einwilligungserklärungen und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden **Schweigepflichtentbindungs- und Einwilligungserklärungen** sowie die auf Seite fünf stehende(n) **„Information zur Verwendung Ihrer Daten“** und **„Hinweise des Versicherers“**. Sie sind wichtige Bestandteile des Vertrages.  
Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle hier beantragten Versicherungen. Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis.

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person\*



Es betreut Sie (Stempel/Aufkleber):

Unterschrift mitzuversichernde Person\*



\* Bei Minderjährigen Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Geschäftsstelle/Filiale

### Ihr Ansprechpartner

Unterschrift Ihres Kundenberaters/Vermittlers



Telefon und E-Mail Ihres Kundenberaters/Vermittlers

IHK-Registernummer



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

---

## Information zur Verwendung Ihrer Daten

---

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlichen relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter [zurich.de/coc](http://zurich.de/coc) abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich hierfür per Post an Zurich Gruppe Deutschland, Datenschutzbeauftragter, 53096 Bonn, per Telefon an 0228 268-01 oder per E-Mail an [coc@zurich.com](mailto:coc@zurich.com).

In der Konsortialversicherung sind die in Ihrem Persönlichen Vorschlag genannten Lebensversicherer in Höhe eines jeweiligen prozentualen

Anteils als Mitversicherer (Konsortialpartner) an Ihrem Versicherungsvertrag beteiligt. Die Anschrift der beteiligten Versicherer finden Sie in diesem Fall in der in Ihrem Persönlichen Vorschlag enthaltenen „Information zur Konsortialversicherung“. Im Rahmen der Antragsbearbeitung sowie zur Durchführung Ihres Versicherungsvertrages kann es zur Weitergabe Ihrer allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten an die Konsortialpartner und die mit ihnen verbundenen Unternehmen kommen. Die beteiligten Unternehmen sind in jedem Fall gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Zurich Gruppe Deutschland und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Hierzu können Sie die oben stehenden Kontaktdaten verwenden.

---

## Hinweise des Versicherers

---

### ■ Besonderer Hinweis zur Zillmerung

Dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer ist bekannt, dass bei einer vorzeitigen Beendigung oder Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages in den ersten Jahren, nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme oder eines Rückkaufwertes vorhanden sind. Die bis dahin eingezahlten Beiträge werden dabei in der Regel nicht erreicht. Grund sind im Wesentlichen die beim Abschluss von Versicherungsverträgen entstehenden Abschluss- und Vertriebskosten sowie die Kosten für das übernommene Risiko. Sofern eine fondsgebundene Rückdeckungsversicherung gewählt wurde, kann dieser Effekt durch eine ungünstige Fondsentwicklung auch in späteren Jahren eintreten.

### ■ Regelbasierte Fondsgebundene Versicherung

#### Garantieguthaben

Die DEUTSCHER HEROLD Aktiengesellschaft (DHAG), ein Konzernunternehmen der Zurich Gruppe, garantiert der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG (nachfolgend „ZDHL“ genannt), dass zum vereinbarten Rentenbeginn ein Gesamtkapital (Guthaben zuzüglich etwaigem Schlussüberschuss), mindestens in Höhe des Garantieguthabens zur Verfügung steht. Das Garantieguthaben errechnet sich aus der Summe der eingezahlten Beiträge abzüglich Abschluss- und

Vertriebs-Kosten, Verwaltungs-Kosten sowie Risikobeiträge. **Das Garantieguthaben ist daher immer niedriger als die Summe der eingezahlten Beiträge.** Sofern das bei der ZDHL zum vereinbarten Rentenbeginn vorhandene Gesamtkapital unterhalb dieses Garantieguthabens liegt, wird die DHAG den Differenzbetrag an ZDHL zahlen.

Ist eine Verfügungsphase vereinbart, gilt Folgendes: Die Garantie der DHAG gilt bereits zum Beginn der Verfügungsphase. Sie erstreckt sich auf die Höhe des Garantieguthabens. Für Beiträge, die während der Verfügungsphase gezahlt werden, erhöht sich die Garantie der DHAG zu jeder Beitragsfälligkeit um den um Abschluss- und Vertriebs-Kosten, Verwaltungs-Kosten sowie Risikobeiträge reduzierten Beitrag.

ZDHL wird den Anspruch auf dieses Gesamtkapital gegen die DHAG geltend machen. ZDHL garantiert unmittelbar gegenüber dem Zurich Deutscher Herold überbetriebliche Unterstützungskasse e. V. in Abweichung von § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die regelbasierte Fondsgebundene Versicherung die Erfüllung der dort beschriebenen Garantie, sofern DHAG das garantierte Guthaben zum vereinbarten Rentenbeginn nicht auszahlt. ZDHL garantiert weiter die lebenslange Verrentung des Guthabens. Dabei verwenden wir den im Versicherungsschein genannten garantierten Rentenfaktor. Der garantierte Rentenfaktor ist die monatliche Rente je 10.000 EUR Guthaben.

---

### Beitragszahlung

Ihr Kundenbetreuer/Vermittler ist nicht berechtigt Beiträge für die beantragte Versicherung entgegenzunehmen. Etwaige Beitragszahlungen werden nach Annahme des Antrages von der Zurich Deutscher Herold überbetriebliche Unterstützungskasse e. V. per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen.

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG  
53288 Bonn · [www.zurich.de](http://www.zurich.de)

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

Aufsichtsratsvorsitzende: Christine Theodorovics. Vorstand: Marcus Nagel (Vors.), Jawed Barna (stellv. Vors.), Dr. Klaus Endres, Gerhard Friege, 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 Rückkaufswertes.

### ■ 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 kennen.

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. 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.

## 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 neun 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.

### Vorversicherungen und besondere Gefährdungen

ja nein  
▼ ▼

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.

- 1 a) Bestehen für Sie bereits Lebensversicherungen oder wurden solche in den letzten 5 Jahren beantragt? .....  ja  nein  
 Wenn ja: bei welchen Versicherungsunternehmen? ..... Höhe der Todesfallsumme?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- b) Wurden in den letzten 5 Jahren Lebensversicherungsanträge von Ihnen bei anderen Gesellschaften zu erschwerten Bedingungen (z. B. Risikozuschlag) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? .....  ja  nein  
 Wenn ja: von welcher Gesellschaft? ..... Wann?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 2 Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z. B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten), 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 Zusatzklärung bei:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 3 Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? .....  ja  nein  
 Wenn ja, bitte hier Einzelheiten angeben (z. B. Reiseziel, Beginn und Dauer des geplanten Aufenthaltes):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

- 4 Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr derzeitiges Gewicht an: \_\_\_\_\_ cm | \_\_\_\_\_ kg
- 5 Bitte geben Sie uns Name und Adresse Ihres Hausarztes oder des Arztes an, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 6 Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht und/oder Nikotin konsumiert? \* .....  ja  nein  
 \* Definition: Rauchen und/oder Nikotinkonsum ist a) Rauchen von Zigarette, Zigarillo, Zigarre, Pfeife, Shisha oder Wasserpfeife  
 b) Konsum von E-Zigarette, E-Pfeife.
- 7 Bestehen körperliche oder geistige Beeinträchtigungen (Funktionseinschränkungen, Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen), oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente oder Pension, oder wurde ein Grad der Behinderung (GdB) bzw. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder in den letzten 5 Jahren beantragt? .....  ja  nein  
 Wenn ja: Welche und aus welchem Grund? Bitte Einzelheiten angeben.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Die folgenden Gesundheitsfragen beziehen sich auf Gegebenheiten der letzten 5 Jahre.

- 8 Werden Sie derzeit oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe durch Ärzte, Psychologen, Psycho- oder Physiotherapeuten, Heilpraktiker oder in Krankenhäusern (auch ambulant) beraten, untersucht, und/oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten?
- 8.1 **Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen**
  - a) des Herzens oder der Kreislauforgane (z. B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Schwindel, Thrombose, Venenleiden)? .....  ja  nein
  - b) der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörung)? .....  ja  nein
  - c) des Magens, des Darms, der Leber, der Galle, der Bauchspeicheldrüse (z. B. Magen- oder Darmgeschwür, Entzündungen im Bereich der Speiseröhre, des Magens und des Darms, Fettleber, Leberentzündung [Hepatitis], erhöhte Leberwerte, Gallensteine)? .....  ja  nein
  - d) der Nieren, der Harnwege, der Prostata, der Unterleibsorgane (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostataentzündung, Eierstockentzündung)? .....  ja  nein

ja    nein

- e) der Haut (z. B. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen)?
- f) des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke (wie Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie- oder Sprunggelenke), der Muskeln, Sehnen oder Bänder (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Rückgratverkrümmung, Rückenbeschwerden, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Abnutzung/Verschleiß, Rheuma, Fibromyalgie)?
- g) des Gehirns oder des Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Migräne, Kopfschmerz)?
- h) der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankung, grauer oder grüner Star)?
- i) der Ohren (z. B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Tinnitus, Lärmschaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)?
- j) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)?
- k) des Blutes (z. B. Anämie, Blutkrebs [Leukämie], Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit)?
- 8.2) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Tuberkulose, Borreliose, Hirnhautentzündung [Meningitis], Syphilis, Malaria, Gelbfieber) und damit verbundene Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen?

**Die folgenden Gesundheitsfragen beziehen sich auf Gegebenheiten der letzten 10 Jahre.**

- 9) Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren Operationen unterzogen oder sich aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium aufgehalten, oder sind Operationen oder solche Aufenthalte in der Vergangenheit angeraten, aber nicht durchgeführt worden?
- 10) Wurden Sie in den letzten 10 Jahren aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe beraten, untersucht oder behandelt, oder sind solche Maßnahmen vorgesehen?

  - gut- oder bösartige Tumorerkrankungen (Krebs)?
  - Suizidversuch?
  - Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmitteln?
  - Folgen von Alkoholenuss oder Alkoholabhängigkeit?
  - Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z. B. depressive Stimmungen, Angstzustände, Belastungsreaktionen, Essstörungen, Erschöpfungszustände)?
  - HIV-Infektion (positiver AIDS-/HIV-Test)?

**Bitte geben Sie hier Einzelheiten zu den Fragen 8 bis 10 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?

**Die nachstehenden zusätzlichen Fragen sind nur zu beantworten, wenn Sie eine SBU/SEU bzw. BUZ/EUZ wünschen. Sofern Sie nur eine BUZ-/EUZ-Beitragsbefreiung wünschen, entfällt die Beantwortung der Frage 12.**

- 11) Angaben zur beruflichen Tätigkeit:
  - a) Höchster, bis heute erreichter Abschluss:  Hauptschulabschluss  Mittlere Reife  Abitur  abgeschlossene Berufsausbildung  Meister  Fachwirt  Hochschulabschluss (Uni/FH/BA)  keine Angabe
  - b) Arbeiten Sie zu mindestens 80% Ihrer Arbeitszeit im Büro und üben dort eine Bürotätigkeit aus?  ja  nein
  - c) Führen Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit mehr als 10 festangestellte Vollzeit-Mitarbeiter?  ja  nein
- 12) Angaben zur beruflichen Tätigkeit und zu bereits vorhandenen Absicherungen der zu versichernden Person, für die eine BU/EU(Z)-Rente eingeschlossen werden soll:
  - 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? 

Bitte geben Sie uns die Anzahl Ihrer Vollzeit-/Teilzeit-Mitarbeiter an: Vollzeitkräfte  Teilzeitkräfte
  - c) Bestehen für Sie bereits Absicherungen bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit, oder aus Grundfähigkeitsabsicherungen aus privaten oder betrieblichen Versicherungsverträgen (betriebliche Altersvorsorge) oder aus berufsständischen Versorgungswerken, oder sind solche beantragt?  ja  nein
 

Wenn ja, wie hoch sind die bestehenden und beantragten Absicherungen? Angabe in Euro pro Jahr:

Bestehende/beantragte Absicherungen ..... bei Berufsunfähigkeit  bei Erwerbsunfähigkeit


bei Dienstunfähigkeit  bei Verlust von Grundfähigkeiten  aus berufsständischer Versorgung/Versorgungswerk

**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.
  - d) Wurden in den letzten 10 Jahren bei anderen Gesellschaften Anträge auf Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen oder aus Grundfähigkeitsabsicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder zu erschwerten Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Ausschlussbestimmungen) angenommen?  ja  nein
 


Wenn ja: Wann? Aus welchen Gründen?

Hiermit bestätige ich, von der „Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung“ Kenntnis genommen zu haben sowie die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person\*  

\* Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

Unterschrift des Kundenberater/Vermittlers  



---

## 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.

## Übersicht über die Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland

Ziel dieser Liste ist es, auf Grundlage der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung sowie der Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (CoC) Transparenz über die Verarbeitung Ihrer Daten zu schaffen. In der Liste sind einzelne Dienstleister sowie Kategorien von Dienstleistern aufgeführt, die Gesundheitsdaten und sonstige von der Schweigepflicht geschützte Daten erhalten können. Die Daten werden dort ausschließlich zur Erfüllung eines von uns erteilten Auftrages verwendet. Selbstverständlich geben wir derartige Daten nur weiter, sofern und soweit dies für die Erfüllung des konkreten Auftrages erforderlich ist. Dienstleister, die dabei Gesundheitsdaten erhalten könnten, sind per \* gekennzeichnet.

### Konzerngesellschaften, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung der Stammdaten teilnehmen

ADAC Autoversicherung AG	DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
Deutscher Pensionsfonds Aktiengesellschaft	Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland	

### Dienstleister, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
Bonnfinanz Aktiengesellschaft für Vermögensberatung und Vermittlung*	Versicherungsvertrieb
DEUTSCHER HEROLD AG*	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision)
TDG Tele Dienste GmbH*	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zürich Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland)*	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision)
Zürich Vertriebs GmbH*	Versicherungsvertrieb
Zurich Kunden Center GmbH*	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zurich Service GmbH*	Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsfallbearbeitung sowie IT-Dienstleistungen

### Dienstleister, die für Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland (1. – 4.) sowie die DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft (3. – 4.) tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
1. DKV Deutsche Krankenversicherung AG*	Leistungsfallbearbeitung in der Auslandsreise-Krankenversicherung
2. Rheinland Versicherungs AG*	Leistungsfallbearbeitung in der Restkreditversicherung mit eingeschlossener Zusatzversicherung (Arbeitsunfähigkeit/Arbeitslosigkeit)
3. GDV Dienstleistungs-GmbH & Co KG	Diverse Service-Dienstleistungen (u. a. Not- und Zentralruf der deutschen Autoversicherer, Verfahren zur elektronischen Versicherungsbestätigung)
4. informa HIS GmbH	Hinweis- und Informationssystem (HIS)

### Kategorien von Dienstleistern, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrages ist bzw. die nur gelegentlich tätig werden

Dienstleisterkategorie	Gegenstand der Beauftragung
Adressdienstleister	Aktualisierung von Adressdaten
Archivierungs-/Entsorgungsunternehmen*	Aktenarchivierung und Entsorgung von Akten/Datenträgern
Assistancedienstleister*	Assistanceleistungen
Call-Center	Telefondienstleistungen
Druckereien	Druckdienstleistungen (Druck/Postversand)
Medizinische Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater etc.)*	Analyse, Begutachtung und Beratung zu Rehabilitations- und sonstigen medizinischen Maßnahmen
Sonstige Gutachter, Sachverständige, Prüfdienstleister*	Erstellung von Gutachten/Expertisen sowie Beratung in speziellen Fällen
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT- und Telekommunikationsdienstleister*	IT-Dienstleistungen (z. B. IT, Telefonie, Netzwerk, Wartung)
Logistikdienstleister*	Posteingangsbearbeitung/Dokumenten-Management
Marketingagenturen	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
Recherchedienstleister (z. B. Detekteien)*	Auskunfts- und Recherchedienstleistungen
Rechtsanwaltskanzleien*	Anwaltliche Dienstleistungen
Rehabilitationsdienste und Dienstleister für Hilfs- und Pflege- sowie medizinische Leistungen*	Assistanceleistungen (z. B. Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen)
Rückversicherer*	Einbindung in die Risiko- und Leistungsprüfung in speziellen Fällen
Schadendienstleister/Sanierer/Werkstätten	Unterstützung in der Schadenbearbeitung
Übersetzer und Dolmetscher	Übersetzungen und ähnliche Unterstützungsleistungen
Wirtschaftsprüfer	Prüfdienstleistungen

**Hinweis:** Sofern Dienstleister nicht streng weisungsgebunden eingesetzt werden (sog. Auftragsdatenverarbeitung), sondern eine eigene Entscheidungskompetenz haben (wie z. B. typischerweise bei Sachverständigen und Gutachtern), unterbleibt die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an einen solchen Dienstleister, wenn Sie dieser Übermittlung widersprechen und geltend machen können, dass in der konkreten Situation ausnahmsweise Ihre schutzwürdigen Interessen das Interesse des übermittelnden Unternehmens überwiegen.

Stand: 07/2016

# Wann sind welche Risiko- und Gesundheitsfragen zu beantworten?

---

## Rentenversicherung

---

### Ohne BUZ/EUZ:

- Keine Fragen

### Mit BUZ/EUZ-Beitragsbefreiung:

- Fragen 1 bis 11: – immer bei Einschluss BUZ/EUZ-Beitragsbefreiung

### Mit HZV:

- Fragen 1 bis 10: – immer bei Einschluss HZV

---

## (Regelbasierte) Fondsgebundene Versicherung

---

### Ohne BUZ/EUZ:

- Keine Fragen: – Rentenzusage: **Premiumschutz 0%**  
– Kapitalzusage: **Premiumschutz 10% und Mindesttodesfallsumme bis 50.000 EUR**
- Fragen 1 bis 3: – **Basisschutz mit Mindesttodesfallsumme bis 75.000 EUR bei laufender Beitragszahlung\***
- Fragen 1 bis 10: – Rentenzusage: **Premiumschutz ab 1%**  
– Kapitalzusage: **Premiumschutz 10% und Mindesttodesfallsumme über 50.000 EUR; Premiumschutz ab 11%**  
– **Basisschutz mit Mindesttodesfallsumme über 75.000 EUR bei laufender Beitragszahlung**

\* Sollten für die gleiche zu versichernde Person mehrere Verträge mit Modell „Basisschutz“ eingereicht werden, so behalten wir uns das Recht auf eine Gesundheitsprüfung vor, sofern das Mindesttodesfallsumme (bei Direktversicherungen: das Mindesttodesfallverrentungskapital bzw. bei Basisrenten: das Mindesthinterbliebenenguthaben) aus allen beantragten bzw. abgeschlossenen Verträgen 75.000 EUR übersteigt.

### Mit BUZ/EUZ-Beitragsbefreiung:

- Fragen 1 bis 11: – immer bei Einschluss der BUZ/EUZ-Beitragsbefreiung

---

### Versicherungen mit BUZ/EUZ-Rente:

#### Achtung: kein Standardgeschäft

- Fragen 1 bis 12: – immer bei Einschluss der BUZ/EUZ-Rente

---

### Hinweis:

Ukassengeschäft ist Kollektivgeschäft. Unter den Voraussetzungen der jeweils aktuellen „Richtlinie zur Risiko-/Gesundheitsprüfung im bAV-Kollektivgeschäft“, welche **pro Trägerunternehmen** Anwendung findet, sind je nach beantragtem Versicherungsschutz und entsprechend den Regelungen der Richtlinie, jeweils lediglich die folgenden – mit Kreisen kenntlich gemachten – Fragen zu beantworten.

- Fragen ④; ⑤; ⑦; ⑧ ⑧.1 und ⑧.2; ⑩; ⑪; ⑫ a) und c)