

# Antrag auf eine RingBerufsunfähigkeitsPolice bei der Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG

GA Schütz

Antragsnummer



## Antragsteller/

### Versicherungsnehmer

Herr  Frau  
 Nachname   
 Vorname   
 Adresszusatz   
 Straße, Haus-Nr.   
 Postleitzahl  Ständiger Wohnort

Geburtsdatum  Kundennummer   
 Staatsangehörigkeit  Geburtsort  Familienstand   
 jetzige Berufstätigkeit  **Reitlehrer**  
 Arbeitnehmer  selbstständig seit   
 Dienstherr   
 Beamter  öffentlicher Dienst  
 Vorwahl/Telefonnr.   privat  gesch. Vorwahl/Faxnr.   privat  gesch.  
 Handy  E-Mail

## Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer)

Herr  Frau  
 Nachname   
 Vorname   
 Adresszusatz   
 Straße, Haus-Nr.   
 Postleitzahl  Ständiger Wohnort

Geburtsdatum  Kundennummer   
 Staatsangehörigkeit  Geburtsort  Familienstand   
 jetzige Berufstätigkeit   
 Arbeitnehmer  selbstständig seit   
 Dienstherr   
 Beamter  öffentlicher Dienst  
 Vorwahl/Telefonnr.   privat  gesch. Vorwahl/Faxnr.   privat  gesch.  
 Handy  E-Mail

## Einzugsermächtigung

Bis auf Widerruf bevollmächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von folgendem Konto abzubuchen:

Geldinstitut

Bankleitzahl  Konto-Nr.   
 Unterschrift Kontoinhaber, falls nicht Vers.-Nehmer/Antragsteller

## Ich beantrage eine RingBerufsunfähigkeitsPolice Versicherungsbeginn/ Beitragszahlung

Tag  Monat  Jahr  **2010**  
 monatlich  vierteljährlich  
 halbjährlich  jährlich

## Berufsunfähigkeitsrente

mit automatischer Anpassung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung  
 10% alle 3 Jahre  5% alle 3 Jahre (Schüler, Studenten, Auszubildende)  10% jährlich (bei Eintrittsaltern bis 30 Jahren, max. 5 Anpassungen)

**Tarif BV**  **Garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente**  EUR  
 Ablauf der Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer mit  **60** Jahren  
 Ablauf der Leistungsdauer mit  **60** Jahren  
 Karenzzeit  **0** Monate  
 Überschussystem  Bonus  Partnervorteil  
 Berufsklasse  **4N** Zuschlag für Sonderrisiko  % (im Beitrag bereits enthalten)  
 Kalkulierter Beitrag  EUR Zu zahlender Beitrag  EUR

## Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente

mit automatischer Anpassung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung  
 10% alle 3 Jahre  5% alle 3 Jahre (Schüler, Studenten, Auszubildende)  10% jährlich (bei Eintrittsaltern bis 30 Jahren, max. 5 Anpassungen)

**Tarif BVZ**  **Garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente**  EUR  
 Ablauf der Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer mit  Jahren  
 Ablauf der Leistungsdauer mit  Jahren  
 Karenzzeit  Monate  
 Überschussystem  Bonus  Partnervorteil  
 Berufsklasse  Monatliche Erwerbsunfähigkeitsrente  100 %  
 Zuschlag für Sonderrisiko  % (im Beitrag bereits enthalten)  
 Kalkulierter Beitrag  EUR Zu zahlender Beitrag  EUR

## Bezugsberechtigt im Leistungsfall ist

Vers.-Nehmer  Versicherte Person  die hier genannte Person

Nachname  Vorname  Geburtsdatum

Falls nachstehend gestellte Fragen nicht richtig und/oder nicht vollständig beantwortet werden, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder dass später Vertragsanpassungen, auch rückwirkend, notwendig werden. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Erläuterungen und Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht auf der Antragsrückseite.

## Allgemeine Fragen an die zu versichernde Person

- A 1. Besteht beim Deutschen Ring oder der Basler eine Lebens-, Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeits-Absicherung, Pflege(renten)versicherung, Unfallversicherung und/oder Versicherung gegen den Unfalltod?  
 nein  ja, und zwar verweise ich auf alle Angaben (einschl. der Angaben zu meinen Gesundheitsverhältnissen) zu den Versicherungen  
 Nr.  Nr.
2. Planen oder beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte in außereuropäischen Ländern von mehr als 3 Monaten?  
 nein  ja Land, Zeitraum, Zweck
3. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt  
 a) im Beruf (z.B. Umgang mit Sprengstoff, radioaktiven Substanzen oder Chemikalien, Aufenthalte in Krisengebieten)?  
 nein  ja Art der Gefahren
- b) in der Freizeit (z.B. Tauchen, Kampfsport, Bergsport, Sportfliegen, Drachen-, Gleitschirmfliegen, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen, Motorsport, aktives Fahren von motorisierten Zweirädern ab 125 ccm, Quads oder Trikes (auch Saisonfahrer), Teilnahme an Wettfahrten, Extremsport)?  
 nein  ja Art der Gefahren
4. Erhalten oder erhielten bzw. beantrag(t)en Sie in den letzten 5 Jahren eine Rente oder Abfindung wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung/Pflegebedürftigkeit/Dienstunfähigkeit oder körperlicher Schäden (ggf. Rentenbescheidabschrieb – Begründungsteil mit Versichertenstufe – beifügen) und/oder besitzen oder beantrag(t)en Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht?  
 nein  ja

Original für Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG 1. Kopie für Kundenbetreuer 2. Kopie für Antragsteller/zu versichernde Person

B1. Wie hoch ist Ihr jährliches Brutto-Erwerbseinkommen?  EUR

2. a) In welcher Branche sind Sie tätig?

b) Haben Sie eine Berufs- und/oder Hochschulbildung (Fachhochschule/Universität) absolviert?

Berufsausbildung  nein  ja Wenn ja:  Ausbildungsberuf

Hochschulbildung  nein  ja Wenn ja:  Studienabschluss

3. Zusatzfragen für handwerkliche/kaufmännische Berufe.  
Hinweis: Nur zu beantworten, soweit Sie einen entsprechenden Beruf ausüben

a) Zusatzfragen für handwerkliche Berufe Anzahl Personen

Für wie viele Mitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung?

Wie hoch ist der Anteil der körperlichen Tätigkeit an Ihrer Arbeit?  In Prozent

b) Zusatzfragen für kaufmännische Berufe

Haben Sie für Ihren derzeitigen Beruf eine abgeschlossene Berufsausbildung?  ja  nein

Wie hoch ist der Anteil der Bürotätigkeit an Ihrer Arbeit?  In Prozent

4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?

nein  ja Wenn ja: Wann und weshalb?

5. Haben Sie neben der beantragten Versicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit bzw. Invalidität (auch Zusatzversicherung) noch weitere Leistungen zu erwarten oder sind solche beantragt?

Gesetzliche Rentenversicherung  EUR/Jahr

Betriebliche Altersversorgung  EUR/Jahr

Beamtenversorgung  EUR/Jahr

Berufsständische Versorgung  EUR/Jahr

Private Pflege(renten)versicherung  EUR/Jahr

Sonstige private Berufs-, Erwerbsunfähigkeits-Absicherung  EUR/Jahr

Keine

Bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente über EUR 24.000,- bitte Kopien der letzten 3 Steuerbescheide beifügen.

Wichtiger Hinweis: Bei Wahl des Überschusssystems „Bonus“ gilt die genannte Summe für die Gesamtrente, d.h. die beantragte garantierte Rente zuzüglich der „Bonusrente“.

~~Die Versicherung wird mit ärztlicher Untersuchung abgeschlossen. Gilt nur ab einer jährlichen Gesamtberufsunfähigkeitsrente (incl. Bonusrente) von über EUR 24.000,-. Falls ja, ist die Beantwortung der Fragen unter Abschnitt C entbehrlich.~~  ja  nein

Bitte beachten Sie die Erläuterungen zur Durchführung von Gentests auf der Antragsrückseite.

### C) Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Wir weisen darauf hin, dass die Auflistung der Beispielerkrankungen/-behandlungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben! Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen.

1. Wie sind Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht? Körpergröße in  cm, Gewicht in  kg?

2. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?  ja  nein

3. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations- oder Kuraufenthalte oder ambulante Operationen (z.B. Laserung der Augen, Arthroskopie) stattgefunden oder sind solche derzeit empfohlen oder beabsichtigt?  ja  nein

4. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in ambulanter Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnasten, Heilpraktiker, Physiotherapeuten)?  ja  nein

5. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten und/oder Beschwerden

a) des Herzens, Kreislaufs und/oder der Gefäße (z.B. Herzfehler, -rhythmusstörungen, -infarkt, -schwäche, ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen)?  ja  nein

b) der Atmungsorgane (z.B. Asthma, Bronchitis, Allergien, Lungen-, Rippenfellentzündung, Tuberkulose, Atemwegsprobleme, Schlaf-Apnoe-Syndrom)?  ja  nein

c) der Verdauungsorgane (Erkrankungen des Magens und/oder Darms, Leber- oder Gallen(stein)leiden, chronische Verstopfung oder Durchfälle, Gelbsucht/Hepatitis, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, erhöhte Leberwerte)?  ja  nein

d) der Nieren-, Harn- oder Geschlechtsorgane (z.B. Blasen-, Nierenentzündung, -kolik oder -steine, Blut oder Eiweiß im Urin, Unterleibs- (Eierstöcke, Gebärmutter) oder Geschlechtskrankheiten, Erkrankungen der Brust, Erkrankungen/Vergrößerung der Prostata)?  ja  nein

e) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z.B. Depressionen, Angst-, Essstörungen, Selbsttötungsversuch, psychosomatische Störungen, Epilepsie/Krampfanfälle, Lähmungen, Ohnmachten, Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson)?  ja  nein

f) der Augen, Ohren, Nase, des Halses (z.B. Netzhauterkrankungen, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, grauer oder grüner Star, Ohrgeräusche (Tinnitus), vermindertes Hörvermögen, Hörsturz, Kehlkopfentzündung)?  ja  nein

Dioptrienzahl (ab -6 Dioptrien)  rechts  links

g) der Haut, Allergien (z.B. Neurodermitis, (Kontakt-)Ekzeme, Schuppenflechte, Heuschnupfen)?  ja  nein

h) der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen (z.B. des Rückens, der Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule, Verspannungen, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias, rheumatische Beschwerden, Arthrosen, Bewegungseinschränkungen, Amputationen, Abnutzung, Beschwerden der Knie-, Hüft-, Schultergelenke, Morbus Bechterew)?  ja  nein

i) des Blutes oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Geschwüre, Zysten, Lymphknotenverdickung, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen)?  ja  nein

j) des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin), Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Erkrankungen der Milz)?  ja  nein

k) als Folge früherer Krankheiten, Operationen, Unfälle oder Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis)?  ja  nein

6. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen (täglich, wöchentlich, monatlich, vierteljährlich) Medikamente ein (bei Frauen außer der Pille)?  
Bitte geben Sie auch nicht verordnete Medikamente an oder solche, die nur vorbeugend eingenommen werden.  ja  nein
7. Sind Sie in den letzten 5 Jahren länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig gewesen?  ja  nein
8. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel?  ja  nein
9. Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmitteln behandelt?  ja  nein

Die folgenden Fragen 10.a) und 10.b) sind nur bei Einschluss einer Absicherung gegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit für Schüler vor Vollendung des 16. Lebensjahres zu beantworten.

10.a) Wurde Bedarf an sonderpädagogischen Maßnahmen festgestellt?

nein  ja Falls ja, an welchen?

Art der sonderpädagogischen Maßnahmen:

10.b) War das zu versichernde Kind während der letzten 5 Jahre aus medizinischen Gründen über einen Zeitraum von wenigstens 6 Wochen außerstande, am Unterricht teilzunehmen?

nein  ja Wenn ja:

Grund?

11. Bitte geben Sie Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie unter Abschnitt C mit „ja“ beantwortet haben (z.B. Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, behandelnde Ärzte mit Namen und vollständiger Anschrift).

11.a) Seit wann besteht völlige Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung der angegebenen Erkrankungen, Unfälle oder Operationen?

11.b) Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name/Anschrift)?

## Erklärung zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages sowie zur Prüfung der Leistungspflicht benötigen wir Gesundheitsdaten der zu versichernden Person(en). Dafür ist es erforderlich, dass Sie die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht abgeben. Bitte lesen Sie sich zunächst die auf der Rückseite befindlichen Informationen zur Erklärung von der Schweigepflichtentbindung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten sorgfältig durch. Demzufolge können Sie sich zwischen jeweils zwei Varianten für die Entbindung von der Schweigepflicht entscheiden.

Ich habe die auf der Rückseite befindlichen Informationen und Varianten zur Entbindung von der Schweigepflicht und Verwendung meiner Gesundheitsdaten zur Kenntnis genommen und gebe folgende Erklärung ab:

### Risikobeurteilung vor Vertragsschluss (Nr. 1a))

- Ich entbinde schon zum jetzigen Zeitpunkt gemäß Variante 1 die dort aufgeführten Personen bzw. Institutionen von der Schweigepflicht.  
 Ich möchte gemäß Variante 2 zum jetzigen Zeitpunkt keine Entbindung von der Schweigepflicht erteilen. Ich entscheide stattdessen im Einzelfall, ob ich eine Entbindung von der Schweigepflicht vornehme.

### Prüfung der Leistungspflicht (Nr. 1b))

- Ich entbinde schon zum jetzigen Zeitpunkt gemäß Variante 1 die dort aufgeführten Personen bzw. Institutionen von der Schweigepflicht.  
 Ich möchte gemäß Variante 2 zum jetzigen Zeitpunkt keine Entbindung von der Schweigepflicht erteilen. Ich entscheide stattdessen im Einzelfall, ob ich eine Entbindung von der Schweigepflicht vornehme.

## Versicherungsbedingungen und Vertragsinformationen

Gemäß § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes sind wir verpflichtet, Ihnen die erforderlichen Vertragsbestimmungen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung mitzuteilen. Damit soll Ihnen Gelegenheit gegeben werden, sich vor Abgabe Ihres Antrages mit den Einzelheiten des Vertrages vertraut zu machen.

### Empfangsbestätigung:

Das Produktinformationsblatt, die individuellen Vertragsinformationen sowie  
 das Bedingungsheft für die RingBerufsunfähigkeitsPolice DRL 3514 Stand

04.10

oder  
 Einzeldokumente gemäß Anlage zur Empfangsbestätigung habe ich erhalten.

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Schlusserklärung sowie die Erläuterungen und Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht, zum Widerrufsrecht und die Ermächtigung zur Datenverarbeitung. Die Inhalte der Schlusserklärung auf der Rückseite werden mit Zustandekommen des Versicherungsvertrages Vertragsbestandteil.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen ist für den Antragsteller/Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer) bzw. deren gesetzliche/r Vertreter

Unterschrift des Vermittlers

GA Jens Schütz

Werber-Nummer

701-0109 GA Schütz

# Schlusserklärung

## Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

### 1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

#### a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Bitte entscheiden Sie sich in diesem Zusammenhang auf der Antragsvorderseite durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

##### Variante 1

Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

– Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

– Die Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

##### Variante 2

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich die Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

#### b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation). Bitte entscheiden Sie sich auf der Antragsvorderseite durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

##### Variante 1

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

– Die Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

– Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

##### Variante 2

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit der Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

#### c) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

### 2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung verwendet werden dürfen. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden. Im Rahmen der Beratung und Information dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht. Grundlage für die Verwendung meiner Gesundheitsdaten sind die Ermächtigung zur Datenverarbeitung (Ziff. 2) sowie die jeweiligen Schweigepflichtentbindungen.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der in der Ermächtigung zur Datenverarbeitung (Ziff. 2) genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

## Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Um Ihnen Versicherungsschutz bieten zu können, bitten wir Sie, die im Rahmen der Antragsaufnahme gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Sie ermöglichen uns damit die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos.

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des 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. Zusätzlich haben Sie einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

#### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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

#### 3. Vertragsänderung

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 Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

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

#### 4. Ausübung unserer Rechte

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

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

#### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

### Widerrufsrecht

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

Postanschrift:

Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG, 20449 Hamburg.

Hausanschrift:

Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG, Ludwig-Erhard-Str. 22, 20459 Hamburg.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:

(040) 35993636.

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Anschrift zu richten:

Service@DeutscherRing.de

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs

entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrages bzw. 1/30 des Monatsbeitrages multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages entnehmen Sie bitte dem Antrag bzw. Ihrer individuellen Vertragsinformation. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

### Besondere Hinweise

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

**Ich stimme gemäß § 9 VVG zu, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist – jedoch nicht vor dem vertraglich vereinbarten Termin – beginnt.**

## **Ermächtigung zur Datenverarbeitung**

1. Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung Informationen zu meinem Zahlungsverhalten von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, bezieht.

2. Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen Deutscher Ring, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vertreter weitergeben.

Ich bin damit einverstanden, dass die Unternehmen Deutscher Ring und die Basler Securitas Versicherungs-Aktiengesellschaft als Vermittlerin Daten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanz- und Versicherungsdienstleistungen nutzen dürfen.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Der Antragsteller willigt ein, dass vom Versicherer Vertragsunterlagen im Rahmen der technischen Möglichkeiten änderungsgeschützt elektronisch archiviert (eingescannt) werden. Der Versicherer archiviert derart, dass der Aufzeichnungsinhalt jederzeit innerhalb einer angemessenen Frist lesbar gemacht werden kann. Der Versicherer speichert die versandten und empfangenen Vertragsunterlagen in Form der optischen Archivierung innerhalb der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

## **Allgemeine Hinweise**

### **Sonderregelungen für Versicherungen mit Gesundheitsprüfung:**

#### **Gentests**

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung gegenüber dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen.

Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen erst offen gelegt werden, wenn die insgesamt für die versicherte Person bei allen Versicherungsunternehmen beantragten und bereits abgeschlossenen Versicherungen die Grenze von 300.000 EUR Versicherungssumme, bzw. von 30.000 EUR Jahresrente erreicht oder diese überschritten wird.

Ein prädiktiver Gentest im Sinne der Verpflichtungserklärung ist eine vorhersagende Untersuchung des Erbmaterials auf das Vorliegen einer Erbgutveränderung. Bei einem prädiktiven Gentest wird ein Gesunder untersucht, ob er die Veranlagung für eine bestimmte Erkrankung trägt und daran erkranken kann.