

Umtauschaktion BU bis 30.06.2018

Ab sofort können Sie eine bestehende BU-Versicherung in eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung bei der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G. mit vereinfachter Gesundheitsprüfung „umtauschen“. Vereinbaren Sie unseren Pflege-Schutzbrief, um den BU-Schutz Ihrer Kunden zusätzlich zu optimieren.

Ihr Nutzen?

- Top BU-Schutz bis zu 2.000 Euro
- mit Pflege-Schutzbrief bis zu 2.500 Euro zusätzliche Pflegerente
- nur 3 Gesundheitsfragen plus die Angabe zu Größe und Gewicht

Wer kann teilnehmen?

- alle Personen, die eine beitragspflichtige BU-Versicherung in den letzten 3 Jahren abgeschlossen haben und gemäß der Annahmerichtlinien beim VOLKSWOHL BUND versicherbar sind
- die bestehende Vorversicherung ist nicht durch eine vereinfachte Gesundheitsprüfung zustande gekommen

Wie hoch darf die neu vereinbarte BU-Rente sein?

Die beantragte BU-Rente beim VOLKSWOHL BUND darf nicht höher sein als die Vorversicherung, max. 2.000 Euro gesamt. Die Höhe der bestehenden Versicherungen, so auch die der Vorversicherung, muss im Antrag angegeben werden.

Welche Tarife können abgeschlossen werden?

- Selbstständige BU (Tarif SBU)
- Selbstständige BU mit Pflege-Schutzbrief (Tarif SBU+)

Welche Bausteine sind möglich?

- Kaufkraftdynamik gemäß Verbraucherpreisindex (mind. 2,5 %) ohne summen- oder altersmäßige Begrenzung (I-Dynamik)
- garantierte Rentensteigerung zwischen 1 und 3 %, zzgl. zur Überschussbeteiligung

Wie erfolgt die Antragstellung?

- Die Angebotsberechnung sowie die Generierung der VVG-Unterlagen bitte über das Angebotsprogramm vornehmen.
- Die Antragsstellung erfolgt über einen normalen VOLKSWOHL BUND-Antrag mit Austauschseite der Risikofragen.
- Im Rahmen der Aktion sind nur drei Gesundheitsfragen und die Angabe zu Größe und Gewicht zu beantworten.

Nennen Sie uns bitte Ihre **Körpergröße** und Ihr **Gewicht** cm/kg _____

1. Wurde bei Ihnen bis heute eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test), eine Krebserkrankung, ein Herzinfarkt, ein Schlaganfall, eine Multiple Sklerose (MS), eine Leber- oder Stoffwechselstörung, eine psychische Störung oder ein Bandscheibenvorfall **festgestellt**? ja nein
2. Sind Sie aktuell in einer medizinischen Behandlung, einer laufenden Therapie, nehmen Sie Drogen oder regelmäßig* **Medikamente**, ist eine Operation geplant, waren Sie in den letzten 2 Jahren krankheitsbedingt arbeitsunfähig für einen Zeitraum von länger als 2 Wochen oder liegt bei Ihnen eine MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit), ein GdS (Grad der Schädigungsfolge) oder ein GdB (Grad der Behinderung) vor? ja nein
3. Wurden Anträge auf Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegeversicherung nur zu erschwerten Bedingungen angenommen (z. B. mit Klausel oder Zuschlag), zurückgestellt oder **abgelehnt**? ja nein
Wenn ja, teilen Sie uns bitte die entsprechende Gesellschaft und das Votum inklusive Begründung mit.

- Wird eine Frage mit „ja“ beantwortet, geben Sie bitte ausführliche Informationen hierzu unter dem Punkt „Nähere Angaben“ oder auf einem separaten Beiblatt an; ggf. erfolgt eine individuelle Risikoprüfung.
- Der errechnete Body-Maß-Index (BMI) kann zu einer individuellen Prüfung führen.
- Unter Besondere Bedingungen im Antrag wird folgende Vereinbarung geschlossen: „Nach Antragsannahme beim VOLKSWOHL BUND erfolgt eine Kündigung der Vorversicherung.“

Welche Einschränkungen sind zu beachten?

Für alle Kunden gilt:

- Im Rahmen der „Umtauschaktion BU“ ist keine Beitragsdynamik und individuelle Nachversicherung möglich.
- keine bAV

Für Bestandskunden beim VOLKSWOHL BUND gilt zusätzlich:

- Die insgesamt beim VOLKSWOHL BUND versicherte monatliche BU-/EU- und €XISTENZ-Rente darf einschließlich der beantragten BU-Rente maximal 2.500 EUR betragen (inklusive Erhöhungen aus Dynamiken)

Allgemeines

- Die Begrenzungen der BU-Rentenhöhe und des Endalters gemäß des Berufskataloges gelten auch im Rahmen der „Umtauschaktion BU“.
- Es findet die übliche finanzielle Angemessenheitsprüfung statt.
- Es gelten die aktuell gültigen Annahmerichtlinien.

*Haben Sie noch weitere Fragen?
Ihr Ansprechpartner freut sich auf Ihre Kontaktaufnahme!*

Gr.-Nr.
|_|_|_|_|_|_|_|

Antrag aufgenommen durch:

Bitte dieses Feld nicht beschriften

Antragsteller/-in (Versicherungsnehmer)

männlich weiblich Firma Titel

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit Telefon

Beruf

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

männlich weiblich Titel

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit Telefon

Beruf

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

Antrag auf

abweichend Anfrage* auf

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

- Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung BED.SBU.1017
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0117 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
- Besondere Bedingungen für das Überschussystem Fondsansammlung BED.FA.0117 (falls Fondsanlage beantragt)
- Besondere Bedingungen für die Direktversicherung BED.DV.0117 (falls beantragt)

*Wie kommt Ihr Vertrag bei einer Anfrage zustande?

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

Versicherungsbeginn

Versicherungsdauer bis zum Beitragszahlungsdauer (falls abgekürzt) bis zum

Rentenleistungsdauer (falls länger als Versicherungsdauer) bis zum

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung (Tarif SBU)

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit zusätzlichem Pflege-Schutzbrief (BU PLUS, Tarif SBU+)

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung für junge Leute (BU Perfect Start, Tarif SBUJ)

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

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

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

Nachversicherungsgarantie bis zur Monatsrente EUR

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit nicht gewünscht
(bei Vorliegen einer mindestens 6-monatigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit oder einer 3-monatigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit und einer Prognose bis zum Ende des sechsmonatigen Zeitraums)

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

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

- Themen-Portfolios** (nur ein Portfolio anwählbar)
 Top-Stars (mit aktivem Fondsaustausch)
 ETF (Exchange-Traded-Funds/Indexfonds)

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

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

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

Bezugsberechtigung (gilt nicht für Direktversicherungen)

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

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

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

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

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

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

Alternativ: Kind früherer Ehepartner bzw. eingetragener Lebenspartner andere Person (nur geringes Sterbegeld möglich) Lebensgefährte
 Name, Vorname Kenntnisnahme durch Unterschrift des Lebensgefährten
 PLZ, Ort, Straße und/oder
 Geburtsdatum männlich weiblich Bestehen einer gemeinsamen Haushaltsführung zwischen der versicherten Person und dem Lebensgefährten.

Besondere Vereinbarungen

Nachhaltige Kapitalanlage: transparente für klassische Tarife

Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der VOLKS-WOHL BUND Lebensversicherung a.G. Südwall 37-41, 44137 Dortmund in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

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

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Sie haben einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen 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. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

3. Vertragsänderung

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

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

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Berufsangaben der zu versichernden Person

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

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

Keinen

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

In dieser Tätigkeit seit (Monat/Jahr)

Nennen Sie uns bitte Ihren Arbeitgeber und die Branche

Jährliches **Netto**einkommen aus dieser Tätigkeit

EUR

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

Beamte/r, mit aktueller Besoldungsgruppe:

Student/-in (Bei Studenten mit Berufsklasse A1, A2 oder A3 gilt die „Sonderregelung für Studenten mit Berufsklasse A1, A2 oder A3“ als vereinbart.)

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

Sofern Sie nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union sind:

Arbeitsvertrag ist unbefristet

befristet bis

In Abhängigkeit vom Berufsbild können bestimmte Zusatzangaben erforderlich sein.

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

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

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person im Rahmen der „Umtauschaktion BU“

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

Einzelheiten zu Fragen, die Sie mit „ja“ beantworten, bitte unter „Nähere Angaben“ erläutern.

Nennen Sie uns bitte Ihre **Körpergröße** und Ihr **Gewicht** cm/kg _____

1. Wurde bei Ihnen bis heute eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test), eine Krebserkrankung, ein Herzinfarkt, ein Schlaganfall, eine Multiple Sklerose (MS), eine Leber- oder Stoffwechselstörung, eine psychische Störung oder ein Bandscheibenvorfall festgestellt? ja nein
2. Sind Sie aktuell in einer medizinischen Behandlung, einer laufenden Therapie, nehmen Sie Drogen oder regelmäßig* Medikamente, ist eine Operation geplant, waren Sie in den letzten 2 Jahren krankheitsbedingt arbeitsunfähig für einen Zeitraum von länger als 2 Wochen oder liegt bei Ihnen eine MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit), ein GdS (Grad der Schädigungsfolge) oder ein GdB (Grad der Behinderung) vor? ja nein
3. Wurden Anträge auf Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegeversicherung nur zu erschwerten Bedingungen angenommen (z. B. mit Klausel oder Zuschlag), zurückgestellt oder abgelehnt? ja nein

Wenn ja, teilen Sie uns bitte die entsprechende Gesellschaft und das Votum inklusive Begründung mit.

Nähere Angaben:

Zu Frage (z. B. 1)	Art der Krankheit, Beschwerden, Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Wann?	Wie lange?	Heutige Folgen?	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heilstätten

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

* Hinweis: Unter „regelmäßige“ Medikamenteneinnahme ist die Einnahme von Medikamenten an mehr als 30 Tagen in den letzten 12 Monaten zu verstehen. Nicht anzugeben bzw. zu berücksichtigen sind Verhütungs-, Schilddrüsen- und Erkältungsmittel.

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

	BU-/EU-/GF-Jahresrente
Private Absicherung:	
Betriebliche Versorgung:	
Versorgungswerke:	

Rahmenbedingungen für den Antrag „Umtauschaktion BU“:

- Die beantragte monatliche BU-Rente darf nicht höher sein als die bestehende beitragspflichtige Vorversicherung, maximal 2.000 EUR gesamt.
- Die bestehende Vorversicherung ist nicht durch eine vereinfachte Gesundheitsprüfung zustande gekommen.
- Die insgesamt beim VOLKSWOHL BUND versicherte monatliche BU-/EU- und €XISTENZ-Rente darf einschließlich der beantragten BU-Rente maximal 2.500 EUR betragen.
- Die zusätzliche monatliche Pflegerente darf maximal 2.500 EUR betragen.
- mögliche Tarifzusätze: Kaufkraftdynamik gemäß Verbraucherpreisindex, garantierte Rentensteigerung
- nicht möglich: Beitragsdynamik, individuelle Nachversicherungsgarantie
- keine bAV
- Die Begrenzungen der BU-Rentenhöhe und des Endalters gemäß des Berufskataloges gelten auch im Rahmen der „Umtauschaktion BU“.
- Es findet die übliche finanzielle Angemessenheitsprüfung statt.
- Es gelten die aktuell gültigen Annahmerichtlinien.

Zahlungsweise, Gesamtbeitrag, weitere Informationen

Zahlungsweise

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

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

Identifizierung/Erklärung nach dem Geldwäschegesetz für natürliche Personen

Bei juristischen Personen und Personengesellschaften bitte Zusatzblatt (GWG2 bzw. GWG3) beifügen.

Folgende gültige Legitimation des Antragstellers wurde von mir als Vermittler persönlich geprüft

(nur auszufüllen, wenn kein Einzugsverfahren für das Konto des Antragstellers (Versicherungsnehmers) vereinbart wird)

Art/Nr. des Ausweises _____

Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

ausstellende Behörde _____

Der Antragsteller (Versicherungsnehmer) ist nicht der wirtschaftlich Berechtigte; er handelt auf Veranlassung von:

Vor- und Zuname _____

Firma, Anschrift _____

Politisch exponierte Personen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Üben oder übten der Versicherungsnehmer, der Bezugsberechtigte, ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter des Vertrages, ein jeweiliges Familienmitglied oder eine bekanntermaßen nahestehende Person ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt im Ausland oder für einen ausländischen Staat im Inland aus? ja

Falls ja, bitte die politische Funktion und für den betroffenen Bezugsberechtigten oder wirtschaftlich Berechtigten auch Namen und Anschrift angeben:

Vorläufiger Versicherungsschutz

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

Widerrufsrecht:

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

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

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

Widerrufsfolgen:

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

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Genetische Untersuchungen – Gendiagnostikgesetz (GenDG)

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

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

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

Versichererwechsel

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

Unterschriften

SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

Name, Vorname/Firma

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

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

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

Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift, alternativ einmalige Lastschrift

IBAN DE

BIC

Kreditinstitut

Datum, Unterschrift
des Kontoinhabers

X

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

Empfangsbestätigung

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

Unterschrift des Antragstellers
(Versicherungsnehmers)

X

Wichtig für Antrag und Anfrage!

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

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

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

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

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

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

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

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers
(Versicherungsnehmer) ggf. Firmenstempel

X

Unterschrift des volljährigen zu Versichernden
(falls nicht Antragsteller)

X

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

X

Unterschrift des Vermittlers

Bitte beachten Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtsentbindungserklärung“ auf den folgenden Seiten, sowie die dort zu treffenden Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich der Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, die Sie mit Ihrer Unterschrift als verbindlich anerkennen.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung*

* Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages mit uns 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 uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

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

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

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

Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

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

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

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte bestätigen Sie mit einem Kreuz die folgende Erklärung für den Fall Ihres Todes:

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

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

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.volkswohl-bund.de eingesehen oder bei der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund bzw. unter info@volkswohl-bund.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

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

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherer uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen. Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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

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

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

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

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

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

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers
(Versicherungsnehmers)/zu Versichernden

X

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

X

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

X

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

X

Anlage zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von (Gesundheits-)Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

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

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

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

Hinweis zur Übermittlung personenbezogener Daten an Dienstleister – Widerspruchsrecht

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

Vertriebspartner-Informationen

Vertriebspartner-Informationen	
Name	Partnerkennung
IHK-Registrierungsnummer	Abweichender Bestand
Infofeld	

Informationen zur vereinfachten maschinellen Erfassung

