

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine

Exklusiv

– INTER MeinLeben® Privatrente

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| GS-Eingang | Direktions-Eingang | PBD | OBD | IBD | GA | ANTR. NR. | ADM1+PROD.-ANT.% | ADM2+PROD.-ANT.% | ADM3+PROD.-ANT.% |
| <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"/> |

ADM-BKM/Koop.-feld Eigenabschluss
Nachweis
Gemeinsam

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine dynamische fondsgebundene/klassische Rentenversicherung bei der INTER Lebensversicherung AG

Neuantrag Erhöhungs-/Änderungsantrag zur Vertrags-Nr. abweichend davon Angebotsanforderung VS an VN GS

A. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

| | | | |
|---|----------------------------------|---|--|
| Titel <input type="text"/> | Vorname <input type="text"/> | Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d | Familienstand: 1 ledig 2 verheiratet 3 geschieden |
| Zuname <input type="text"/> | | | 4 verwitwet 5 eheähnliche Gemeinschaft |
| Geburtsdatum <input type="text"/> | Geburtsname <input type="text"/> | | 6 eingetragene Lebenspartnerschaft |
| Geburtsort <input type="text"/> | | | Steueridentifikationsnummer <input type="text"/> |
| Geburtsland <input type="text"/> | | | Staatsangehörigkeit deutsch <input type="checkbox"/> Ständig in D seit <input type="text"/> |
| Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche, Amtsbezeichnung, Dienstgrad <input type="text"/> | | | oder welche <input type="text"/> |
| Straße/Haus-Nr. <input type="text"/> | | | Ihr Status |
| Adresszusatz <input type="text"/> | | | <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/Selbstständiger seit <input type="text"/> |
| PLZ (für Straße) <input type="text"/> | Wohnort <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> Freiberufler/in <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter seit <input type="text"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Soldat/in <input type="checkbox"/> Schüler/in oder Student/in |
| | | | <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann |
| | | | <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/> |
| | | | Ihre Berufsgruppe |
| | | | <input type="checkbox"/> Heilwesen <input type="checkbox"/> Handwerker/in |
| | | | <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/> |
| | | | Sind Sie Jäger/in? |
| | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | | Ihre Kommunikationsdaten |
| <input type="checkbox"/> Telefon* <input type="text"/> | Privat <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Geschäftlich <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fax* <input type="text"/> | Privat <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Geschäftlich <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> auch SMS <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> E-Mail* <input type="text"/> | Privat <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Geschäftlich <input type="checkbox"/> | |

*freiwillige Angaben

Ihr Ja zu mehr Kontakt mit der INTER!

Ich bin damit einverstanden, dass die Gesellschaften der INTER Versicherungsgruppe* und ihre für mich zuständigen Vermittler die von mir angegebenen Daten verwenden, um mich über von ihnen angebotene Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte und Services werblich zu informieren und mich im Rahmen der Markt- und Meinungsforschung (z. B. Befragungen zur Servicequalität) anzusprechen unter **Nutzung** der nachfolgend freiwillig von mir ausgewählten Kommunikationswege:

Telefon Privat Geschäftlich Mobil auch SMS

Fax Privat Geschäftlich

E-Mail Privat Geschäftlich

Meine **Werbeeinwilligung** kann ich jederzeit ganz oder teilweise ohne Auswirkung auf bestehende Vertragsverhältnisse widerrufen.

* INTER Versicherungsverein aG, INTER Krankenversicherung AG, INTER Lebensversicherung AG, INTER Allgemeine Versicherung AG, Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG - FAMK, Bausparkasse Mainz AG - BKM

B. SEPA-Lastschriftmandat¹⁾

Ich ermächtige die INTER Krankenversicherung AG¹⁾, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Krankenversicherung AG¹⁾ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich ermächtige die INTER Service GmbH²⁾, den Mitgliedsbeitrag des Versorgungswerkes von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Service GmbH²⁾ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

| | | | | |
|-----------------------|------------------------|------------|--|--------------------------------|
| Titel | Vorname (Kontoinhaber) | Geschlecht | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d | Kreditinstitut |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> |
| Zuname (Kontoinhaber) | | | | IBAN |
| <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> |
| Straße/Haus-Nr. | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| PLZ | Wohnort | | | Unterschrift des Kontoinhabers |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> |
| Ort | Datum | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |

¹⁾ Die INTER Krankenversicherung AG, mit der Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001899172, führt den Lastschrifteinzug auch für die INTER Lebensversicherung AG und die INTER Allgemeine Versicherung AG durch.

²⁾ Gläubiger-Identifikationsnummer der INTER Service GmbH: DE51ZZZ00001899669

C. Zu versichernde Person (Eintragungen nicht erforderlich, wenn mit Antragsteller identisch)

| | | | | | | | |
|--|----------------------|------------|--|---------------------------------|--|--|------------------------------------|
| Titel | Vorname | Geschlecht | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d | Familienstand: | <input type="radio"/> 1 ledig | <input type="radio"/> 2 verheiratet | <input type="radio"/> 3 geschieden |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | <input type="radio"/> 4 verwitwet | <input type="radio"/> 5 eheähnliche Gemeinschaft | |
| Zuname | | | | | <input type="radio"/> 6 eingetragene Lebenspartnerschaft | | |
| <input type="text"/> | | | | Steueridentifikationsnummer | <input type="text"/> | | |
| Geburtsdatum | Geburtsname | | | Staatsangehörigkeit deutsch | Ständig in D seit | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | oder welche | <input type="text"/> | | |
| Geburtsort | <input type="text"/> | | | Selbstständig | <input type="checkbox"/> ja seit | <input type="checkbox"/> nein | |
| Geburtsland | <input type="text"/> | | | Beamter/in | <input type="checkbox"/> ja seit | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche, Amtsbezeichnung, Dienstgrad | <input type="text"/> | | | Schüler/in | <input type="checkbox"/> Student/in oder Auszubildende/r | | |
| Straße/Haus-Nr. | <input type="text"/> | | | Ihre Kommunikationsdaten | | | |
| Adresszusatz | <input type="text"/> | | | Telefon* Privat (mit Vorwahl) | <input type="text"/> | | |
| PLZ (für Straße) | Wohnort | | | | Geschäftlich (mit Vorwahl) | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | Fax* | Privat (mit Vorwahl) | <input type="text"/> | |
| | | | | | Geschäftlich (mit Vorwahl) | <input type="text"/> | |
| | | | | E-Mail* | Privat | <input type="text"/> | |
| | | | | | Geschäftlich | <input type="text"/> | |

*freiwillige Angaben

D. Bezugsberechtigung

Erlebensfall: Versicherungsnehmer

abweichend davon an (andere Person mit Namen/Vornamen/Geburtsdatum)

Todesfall

in nachstehender Rangfolge an **a)** den bei Tod in gültiger Ehe lebenden Ehegatten der versicherten Person oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes; **b)** die ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder der versicherten Person; **c)** die Eltern der versicherten Person; **d)** die Erben der versicherten Person

abweichend davon an (andere Person mit Namen/Vornamen/Geburtsdatum)

E. Leistungen

Versicherungsbeginn Eintrittsalter Jahre

01.

Exklusiv

INTER MeinLeben® (Dynamische fondsgebundene/klassische Rentenversicherung)

Wunsch-Endalter Wunsch- Rentengarantiezeit zum
Beitragszahlungsdauer Rentenbeginnalter Wunsch-Rentenbeginn
Jahre

Beitragsrückgewähr

Haben Sie laufende Beiträge vereinbart, können Sie Ihren **Wunschtermin für das Ende der Beitragszahlungsdauer** in den folgenden Grenzen frei wählen:

- Das früheste Ende der Beitragszahlungsdauer ist 1 Jahr nach Versicherungsbeginn.
- Das späteste Ende der Beitragszahlungsdauer liegt grundsätzlich bei Alter 85.

Ihren **Wunschtermin für den Beginn der Rentenbezugszeit** können Sie in den folgenden Grenzen frei wählen:

- Der früheste Beginn der Rentenbezugszeit ist 1 Jahr nach Versicherungsbeginn.
- Der späteste Beginn der Rentenbezugszeit liegt grundsätzlich bei Alter 85.

Beitrag EUR vermindertes Anfangsbeitrag

bei Zahlungsweise 1/12 1/4 1/2 1/1 % vom vertraglichen Beitrag der Hauptversicherung

Anlaufmanagement für Einmalbeitrag und Zahlungsbetrag EUR

EUR Produktvariante Klassisch
 Jahre Monate

Vermögensaufbastrategie

Sicherungsniveau

Defensiv Ausgewogen Dynamisch abweichend % konstantes Sicherungsniveau

Fondsstrategie

| | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| Anteil <input type="text"/> % | Name des Fonds <input type="text"/> | ISIN <input type="text"/> |
| Anteil <input type="text"/> % | Name des Fonds <input type="text"/> | ISIN <input type="text"/> |
| Anteil <input type="text"/> % | Name des Fonds <input type="text"/> | ISIN <input type="text"/> |
| Anteil <input type="text"/> % | Name des Fonds <input type="text"/> | ISIN <input type="text"/> |
| Anteil <input type="text"/> % | Name des Fonds <input type="text"/> | ISIN <input type="text"/> |

Bitte verteilen Sie den zu investierenden Beitrag in vollen Prozentsätzen auf die einzelnen Fonds. Jeder Beitragsanteil des gewählten Fonds muss mindestens 5% erreichen.

Strategieassistent

F. Besondere Voraussetzungen

(z. B. über Hypothekenbeschaffung)

Der Antrag gilt nur, wenn die besonderen Voraussetzungen zu Stande kommen oder keine genannt sind.

G. Laufende Anpassung des Versicherungsschutzes

Falls nichts anderes angekreuzt wird, gilt: Erhöhung des Beitrags jährlich um 6%.

ohne Erhöhung

Erhöhung des Beitrags jährlich um % (von 3-10%)

H. Kollektiv(rahmen)vertrag und Beitragsvergünstigung

Der Antragsteller tritt dem Versorgungswerk bei.

Alternativ bestätigt der Antragsteller, dass die Firma, für die er, sein Ehegatte oder seine unterhaltspflichtigen Eltern als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber tätig sind, dem Versorgungswerk bereits beigetreten ist.

Er bestätigt, dass die Voraussetzungen für die Aufnahme in den jeweiligen Kollektiv(rahmen)vertrag erfüllt sind. Endet die Zugehörigkeit zu dem Kollektiv(rahmen)vertrag, insbesondere durch Ausscheiden, entfallen die zwingenden Voraussetzungen für die Gewährung der Sonderkonditionen (Beitragsvergünstigung). Infolge dessen wird der Versicherungsvertrag von der nächsten Beitragsfälligkeit an auf den in den Geschäftsunterlagen der INTER Lebensversicherung AG vorgesehenen Beitrag für Einzelversicherungen umgestellt.

Der Verband bzw. das Versorgungswerk wird hiermit bevollmächtigt, gemäß den Bestimmungen des Kollektiv(rahmen)vertrages alle das Versicherungsverhältnis betreffenden Willenserklärungen rechtswirksam abzugeben und von der INTER Lebensversicherung AG entgegenzunehmen.

Zur Deckung der Verwaltungskosten des Versorgungswerks wird der in der Beitragsordnung festgelegte Mitgliedsbeitrag erhoben. Die Erhebung des Mitgliedsbeitrags erfolgt einmal jährlich zu Beginn des jeweiligen Kalenderjahres.

Für die Mitgliedschaft in Verbänden ist der Antrag auf Mitgliedschaft des jeweiligen Verbandes beizufügen.

I. Angaben nach dem Geldwäschegesetz

Folgende Person/en ist/sind eine politisch exponierte Person (PEP), ein unmittelbares Familienmitglied einer PEP oder eine ihr nahe stehende Person (Erläuterungen Seite 7):

Antragsteller zu versichernde Person Beitragszahler wirtschaftlich Berechtigter

Unterliegen Sie der Steuerpflicht in einem anderen Staat als Deutschland? Nein, andernfalls gebe ich hier den Staat _____ und meine Steuernummer _____ an.

Ich handle auf eigene Veranlassung.

Sofern ich nicht auf eigene Veranlassung handle, gebe ich hier an, auf wessen Veranlassung ich handle:

Zuname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift

Bitte fügen Sie immer eine Kopie des gültigen Personalausweises oder des gültigen Reisepasses (jeweils alle Seiten) des Antragstellers bei sowie von der Person, auf deren Veranlassung gehandelt wird. Falls die Ausweiskopie nicht direkt mit dem Antrag eingereicht wird, kann die Datei an eantrag@inter.de gesendet werden.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung¹

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, 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 INTER Lebensversicherung AG (INTER) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die INTER 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. Ärzte, Krankenhäuser und Rückversicherer weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch die INTER selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der INTER (unter 2.).

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 die INTER

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

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der INTER

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

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

Die INTER 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 INTER Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die INTER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die INTER 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.inter.de eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten der INTER Versicherungsgruppe (Anschrift: INTER Versicherungsgruppe - Datenschutzbeauftragter, Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim; E-Mail: datschutzbeauftragter@inter.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die INTER Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die INTER 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 INTER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der INTER Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die INTER gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in 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 geschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers 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 INTER meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

¹ Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzbehörden inhaltlich abgestimmt.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich ausdrücklich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

Unterschriften

Dieser Antrag umfasst 7 Seiten. Diese habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen – insbesondere „Wichtige Erklärungen und Hinweise“.

Die Ausweisdokumente habe ich – falls Identifikationsdaten angegeben sind – persönlich eingesehen und entsprechend dokumentiert.

Ich bestätige als Vermittler, dass außer den hier gemachten Angaben mir gegenüber weder mündlich noch schriftlich weitere Erklärungen abgegeben wurden.

Die Unterschriften wurden von den jeweiligen Personen getätigt. Das 7-seitige Antragsformular wird vollständig von mir eingereicht.

Ort _____ Datum _____

Ort _____ Datum _____

Ja, ich/wir wünsche/n den Versicherungsvertrag/die Versicherungsverträge in dieser Form.

Ort _____ Datum _____

Ort _____ Datum _____

Vermittlernummer (eigene bzw. Ihres Pools)

Eigene IHK Registrierungsnummer

Unterschrift des Vermittlers (zwingend erforderlich)

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller

Unterschrift der zu versichernden Person, wenn mit Antragsteller nicht identisch

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Unterschrift der zu versichernden Person, wenn mit Antragsteller nicht identisch



K61403VL999600000

Wichtige Erklärungen und Hinweise

Informationen zu genetischen Untersuchungen

Wir dürfen von Ihnen grundsätzlich weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen. Erst ab einer Leistung von mehr als 300.000 Euro (Lebensversicherung) oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente (z. B. Berufsunfähigkeitsversicherung) dürfen wir von Ihnen die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden.

Erklärungen

Unsere Kapitalanlagen werden nach den Prinzipien möglichst großer Rentabilität und Sicherheit angelegt. Außerdem beachten wir den wichtigen Grundsatz der Mischung und Streuung gemäß § 54 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Dadurch lassen sich bei gleichem Risiko höhere Renditen erzielen, weil sich Ertragschwankungen teilweise untereinander ausgleichen.

Gemäß den Regelungen des Gendiagnostikgesetzes ist uns über bestehende Erkrankungen und über Vorerkrankungen im Rahmen Ihrer Kenntnisse uneingeschränkt immer Auskunft zu geben, also auch, wenn ein Gentest im Rahmen der Diagnose eingesetzt wurde. Da bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen oder bestanden haben, die für die Antragsprüfung von Bedeutung sein können, sind diese – auf Nachfrage – anzugeben.

Die Berücksichtigung ethischer, sozialer und ökologischer Belange ist in unseren Kapitalanlagerichtlinien nicht ausdrücklich geregelt. Im Rahmen unserer täglichen Anlageentscheidungen vermeiden wir jedoch nach Möglichkeit Anlageobjekte, die beispielsweise in Verbindung mit Kinderarbeit oder Pornographie stehen.

Anhang zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe, namentlich

- INTER Versicherungsverein aG
 - INTER Krankenversicherung AG
 - INTER Lebensversicherung AG
 - INTER Allgemeine Versicherung AG
- Anschrift: Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim

sowie

- die Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG

Anschrift: Hansaallee 154, 60320 Frankfurt am Main

übertragen gemäß Ziffer 3.2 bzw. gemäß Ziffer 2.1 Aufgaben auf folgende andere Stellen (Unternehmen und Personen):

I. Aufgabenübertragung innerhalb der INTER Versicherungsgruppe

Bestimmte Aufgaben werden innerhalb der INTER Versicherungsgruppe von einem Unternehmen für alle oben genannten Versicherungsunternehmen der Gruppe wahrgenommen.

Hierzu gehören der Betrieb des (telefonischen) Kundenservices, die Durchführung des Beitragsinkassos und der Betrieb des Rechenzentrums sowie der gesamten Informationstechnologie.

Zu diesem Zweck führen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe Kundendaten in einer gemeinsamen Datensammlung.

II. Liste der Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe derzeit zusammenarbeiten

| Stelle: | übertragene Aufgabe: |
|--|--|
| 1. Brinkmann Rechtsanwälte Hülchrather Straße 35 50670 Köln | außergerichtliches und gerichtliches Beitragsinkasso |
| 2. Euforma AG, Hülchrather Straße 35, 50670 Köln | Forderungsmanagement |
| 3. HL Casework GmbH Brücklesäckerstraße 2 74248 Ellhofen | medizinische Dienstleistungen |
| 4. IMB Consult GmbH Amtsmann-lbing-Straße 10 44805 Bochum | Durchführung von medizinischen Begutachtungen |
| 5. infoscore Consumer Data GmbH Rheinstraße 99 76532 Baden-Baden | Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring) |

| | |
|---|---|
| 6. MD Medicus AssistanceService GmbH Industriestraße 2a 67063 Ludwigshafen | Assistance-Leistungen |
| 7. MEDICPROOF GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74a 50968 Köln | Durchführung von medizinischen Begutachtungen |
| 8. Rhenus Data Office GmbH Industriestraße 5 48301 Nottuln | Aktenvernichtung |
| 9. ViaMED GmbH Motorstraße 52 70499 Stuttgart | medizinische Dienstleistungen |
| 10. Malteser Hilfsdienst GmbH Malteser Service Center Erna-Scheffler-Str. 2 51103 Köln | Assistance-Leistungen |
| 11. PAV Card GmbH Hamburger Straße 6 22952 Lütjensee | Datenabfrage zur Einholung der Krankenversicherungsnummer |

III. Weitere Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe zusammenarbeiten

| Kategorien: | übertragene Aufgabe: |
|--|--|
| 1. Assistance-Dienstleister | Erbringung von Assistance-Leistungen |
| 2. Auskunfteien | Adressrecherchen, Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring) |
| 3. Hilfsmittelanbieter | Versorgung mit Hilfsmitteln |
| 4. Inkasso-Unternehmen | Beitragsinkasso, Beitreibung sonstiger Forderungen |
| 5. IT-Dienstleister | IT-Dienstleistungen |
| 6. Medizinische Gutachter | Erstellung von Gutachten |
| 7. Medizinische Dienstleister | Erbringung medizinischer Serviceleistungen wie z. B. krankheits-spezifischer Coaching- und Beratungsleistungen |
| 8. Rechtsanwälte, Rechtsanwaltskanzleien | Rechtsberatung, außergerichtliche und gerichtliche Vertretung |

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter www.inter.de einsehbar.

Definition „politisch exponierte Person“ (PEP)

§ 1 Absätze 12 bis 14 Geldwäschegesetz definiert politisch exponierte Personen wie folgt:

Politisch exponierte Personen (PEP) sind diejenigen natürlichen Personen,

a) die wichtige öffentliche Ämter auf internationaler, europäischer oder nationaler Ebene ausüben oder ausgeübt haben,

b) deren Familienmitglieder oder

c) ihnen bekanntermaßen nahestehende Personen.

Zu a) Personen, die ein wichtiges öffentliches Amt ausüben oder ausgeübt haben, sind:

- Staatschefs, Regierungschefs, Minister, Mitglieder der Europäischen Kommission, stellvertretende Minister und Staatssekretäre;
- Parlamentsabgeordnete und Mitglieder vergleichbarer Gesetzgebungsorgane;
- Mitglieder der Führungsgremien der politischen Parteien;
- Mitglieder von obersten Gerichtshöfen, Verfassungsgerichtshöfen oder sonstigen hohen Gerichten, gegen deren Entscheidungen im Regelfall kein Rechtsmittel mehr eingelegt werden kann;
- Mitglieder der Leitungsorgane von Rechnungshöfen und Zentralbanken;
- Botschafter, Geschäftsträger und Verteidigungsattachés;
- Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- und Aufsichtsorgane staatseigener Unternehmen;
- Direktoren, stellvertretende Direktoren, Mitglieder des Leitungsorgans oder sonstige Leiter mit vergleichbarer Funktion in einer zwischenstaatlichen internationalen oder europäischen Organisation.

Hinweise zum Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz (FKaustG)

Mit diesem Gesetz soll der grenzüberschreitende Steuerbetrug bzw. die Steuerhinterziehung bekämpft werden. Hierzu erfolgt ein zeitnahe Austausch von steuerrelevanten Informationen zwischen den Finanzverwaltungen, über einen gemeinsamen Meldestandard (Common Reporting Standard).

Keine der vorgenannten öffentlichen Funktionen umfasst Funktionsträger mittleren oder niedrigeren Ranges.

Zu b) Familienmitglieder sind unter anderem:

- der Ehepartner einer politisch exponierten Person oder eine dem Ehepartner einer politisch exponierten Person gleichgestellte Person;
- die Kinder einer politisch exponierten Person und deren Ehepartner oder den Ehepartnern gleichgestellte Personen;
- die Eltern einer politisch exponierten Person.

Zu c) bekanntermaßen nahestehende Personen sind:

- natürliche Personen, die bekanntermaßen gemeinsam mit einer politisch exponierten Person wirtschaftlich Berechtigte von juristischen Personen oder Rechtsvereinbarungen sind oder sonstige enge Geschäftsbeziehungen zu einer politisch exponierten Person unterhalten;
- natürliche Personen, die alleiniger wirtschaftlich Berechtigte einer juristischen Person oder einer Rechtsvereinbarung sind, welche bekanntermaßen de facto zugunsten einer politisch exponierten Person errichtet wurde.

Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir die INTER Lebensversicherung AG von einer Änderung des Status als PEP unaufgefordert und unverzüglich schriftlich unterrichten muss/müssen.

Auf dieser Grundlage (§ 8 FKaustG) übermitteln wir, sofern Sie der Steuerpflicht im Ausland unterliegen, Ihren Namen, Anschrift, Steueridentifikationsnummer, Geburtsdatum und -ort, Ihre Vertragsnummer und Ihren aktuellen Vertragsstand an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt).

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen das Basisinformationsblatt zur Verfügung gestellt worden ist und

- der Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
 - diese Belehrung,
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: INTER Lebensversicherung AG, Erzberger Str. 9-15 in 68165 Mannheim (oder Postfach 10 16 16, 68016 Mannheim). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0621 427-944, per E-Mail an die E-Mail-Adresse: Widerruf@inter.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherte hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Versicherungsantrag/Versicherungsschein ausgewiesenen und von Ihnen gezahlten Betrag für den bis dahin gewährten Versicherungsschutz. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile hat der Versicherer Ihnen auszuzahlen. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so 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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben.
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Lebensversicherung

Bei dieser Lebensversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu den möglichen sonstigen Kosten; insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;
4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;
5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;
6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;
7. Angaben über die der Versicherung zugrundeliegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte;
8. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung;
9. die Minderung der Wertentwicklung durch Kosten in Prozentpunkten (Effektivkosten) bis zum Beginn der Auszahlungsphase.

Ende der Widerrufserklärung