

# Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine

## Exklusiv

– INTER MeinLeben® Privatrente

## Premium

mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Beitragsbefreiung)

GS-Eingang	Direktions-Eingang	PBD	OBD	IBD	GA	ANTR. NR.	ADM1+PROD.-ANT.%	ADM2+PROD.-ANT.%	ADM3+PROD.-ANT.%
<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: <b>1</b> ledig <b>2</b> verheiratet <b>3</b> geschieden <b>4</b> verwitwet <b>5</b> eheähnliche Gemeinschaft <b>6</b> eingetragene Lebenspartnerschaft Zuname <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Geburtsname <input type="text"/> Geburtsort <input type="text"/> Geburtsland <input type="text"/> Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche, Amtsbezeichnung, Dienstgrad <input type="text"/> Straße/Haus-Nr. <input type="text"/> Adresszusatz <input type="text"/> PLZ (für Straße) <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/>	Steueridentifikationsnummer <input type="text"/> Staatsangehörigkeit deutsch <input type="checkbox"/> Ständig in D seit <input type="text"/> oder welche <input type="text"/> <b>Ihr Status</b> <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/Selbstständiger seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Freiberufler/in <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Student/in oder Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Soldat/in <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/> <b>Ihre Berufsgruppe</b> <input type="checkbox"/> Heilwesen <input type="checkbox"/> Handwerker/in <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/> <b>Sind Sie Jäger/in?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

\*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:

<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Geschäftlich <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/> auch SMS
<input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Geschäftlich
<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> 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-Lastschriftmandat<sup>1)</sup>

Ich ermächtige die INTER Krankenversicherung AG<sup>1)</sup>, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Krankenversicherung AG<sup>1)</sup> auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich ermächtige die INTER Service GmbH<sup>2)</sup>, den Mitgliedsbeitrag des Versorgungswerkes von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Service GmbH<sup>2)</sup> 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"/>			

<sup>1)</sup> 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.

<sup>2)</sup> 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"/>	<input type="checkbox"/> nein
Geburtsland	<input type="text"/>			Beamter/in	<input type="checkbox"/> ja seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche, Amtsbezeichnung, Dienstgrad	<input type="text"/>			Schüler/in	<input type="checkbox"/>	Student/in oder Auszubildende/r	<input type="checkbox"/>
Straße/Haus-Nr.	<input type="text"/>			<b>Ihre Kommunikationsdaten</b>			
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; **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 Beitragszahlungsdauer	Wunsch- Rentenbeginnalter	Rentengarantiezeit zum Wunsch-Rentenbeginn Jahre	Beitragsrückgewähr	Tarif B01 (Beitragsbefreiung) Versicherungsdauer <b>bis Endalter</b>	Leistungsdauer <b>bis Endalter</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 bei Zahlungsweise	Effektivbeitrag	verminderter Anfangsbeitrag	Anlaufmanagement für Einmalbeitrag und Zuzahlungsbetrag EUR
<input type="text"/> 1/12 <input type="text"/> 1/4 <input type="text"/> 1/2 <input type="text"/> 1/1	zzt. EUR <input type="text"/>	<input type="text"/> % vom vertraglichen Beitrag der Hauptversicherung	<input type="text"/> EUR <input type="text"/> Jahre <input type="text"/> Monate
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Produktvariante Klassisch

### Vermögensaufbaustrategie

#### Sicherungsniveau

Defensiv  Ausgewogen  Dynamisch  abweichend  % konstantes Sicherungsniveau

#### Fondsstrategie

Anteil	Name des Fonds	ISIN
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anteil	Name des Fonds	ISIN
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anteil	Name des Fonds	ISIN
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anteil	Name des Fonds	ISIN
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anteil	Name des Fonds	ISIN
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<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 9):

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](mailto:eantrag@inter.de) gesendet werden.

**J. Gesundheitsklärung der zu versichernden Person/Fragen an die zu versichernde Person**  
(Beantwortung nur, wenn Mindest-Todesfallsumme bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt ist)

Zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen sind alle Ihnen bekannten Umstände sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Dabei beachten Sie bitte die „Informationen zu genetischen Untersuchungen“ auf Seite 8.

Bitte nennen Sie uns insbesondere die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und beschreiben Sie das Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Wichtig ist dabei, dass Sie uns – ohne eigene Bewertung – alle Ihnen bekannten Gesundheitsstörungen und/oder Beschwerden angeben, und zwar auch solche, die für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die aus Ihrer Sicht noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Soweit wir Ihnen nachfolgend Beispiele nennen, sollen diese Ihnen Ihre Antworten erleichtern. Bitte beachten Sie, dass es sich bei diesen Beispielen nicht um abschließende Aufzählungen handelt.

Wenn Sie für Ergänzungen zu Ihren Antworten eine oder mehrere Anlagen (Beiblatt, Zusatzklärung, Befunde) verwenden, geben Sie bitte die Gesamtanzahl aller der einzelnen Seiten beigefügten Blätter unter Punkt D) „Vollständigkeit der Angaben“ an.

Wichtiger Hinweis: Über die Annahme Ihres Versicherungsantrags entscheiden wir auf der Grundlage Ihrer nachfolgenden Erklärung bzw. Ihrer Antworten auf die nachfolgend gestellten Fragen. Unrichtige oder unvollständige Angaben können uns – je nach Grad Ihres Verschuldens und in Abhängigkeit von deren Bedeutung für uns – berechnen, vom Vertrag zurückzutreten, ihn anzupassen, zu kündigen oder anzufechten. Das gilt auch, falls Sie die nachfolgende Erklärung entgegen der vorliegenden und Ihnen bekannten Umstände bestätigen. Sie können dadurch Ihren Versicherungsschutz verlieren, gegebenenfalls sogar rückwirkend für bereits eingetretene Versicherungsfälle! Bevor Sie die nachfolgend gestellten Fragen beantworten bzw. nachfolgende Erklärung unterschreiben, lesen Sie deshalb bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“, das diesem Antrag beigefügt ist.

**Gesundheitsklärung für Personen bis Eintrittsalter 49 für eine Todesfallsumme bis 100.000 EUR und / oder eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Beitragsbefreiung) bis 300 EUR Monatsbeitrag.**

Hiermit bestätige ich, dass ich in den letzten 2 Jahren nicht länger als 4 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen bin oder Ersatzleistungen wie Kranken(tage) geld bezogen habe.

Aktuell bin ich voll arbeitsfähig. Innerhalb der letzten 2 Jahre wurde auch keine der folgenden Erkrankungen bei mir festgestellt oder behandelt:

Herz-/Kreislauferkrankungen, Krebs, Schlaganfall, Nierenversagen, Zucker- oder Lebererkrankungen, Nerven- oder Gemütererkrankungen, HIV-Infektion/AIDS, Erkrankungen des Rückens oder Bewegungsapparates.

Ich bestätige, dass ich das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“ vor Abgabe meiner Erklärung zur Kenntnis genommen habe.

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

[Signature area for applicant]

Ort

[Location field]

Datum

[Date field]

Unterschrift der zu versichernden Person, wenn mit Antragsteller nicht identisch

[Signature area for insured person]

Ort

[Location field]

Datum

[Date field]

Falls Sie die Erklärung so nicht abgeben können, die Todesfallsumme von 100.000 EUR oder der Monatsbeitrag von 300 EUR oder das maximale Eintrittsalter von 49 Jahren überschritten wird, beantworten Sie bitte die folgenden Antragsfragen komplett.

**A) Gesundheitsfragen**

Ihre Körpergröße      Ihr Körpergewicht

[Height field] cm      [Weight field] kg

- Liegen zum jetzigen Zeitpunkt oder lagen innerhalb der letzten 4 Wochen gesundheitliche Beschwerden oder Krankheiten – auch chronische – vor? Welche?  ja  nein
- Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht oder Nikotin in anderer Form (z. B. auch Kautabak, Pflaster) zu sich genommen?  ja  nein
- Müssen Sie in zeitlich festen Abständen (täglich, ein- oder mehrfach wöchentlich, monatlich, vierteljährlich) Medikamente einnehmen oder nahmen Sie solche in den letzten 5 Jahren ein (auch z. B. blutdruck- oder blutzuckersenkende Mittel, Herzmittel, langfristige Antibiotikagabe, Hormone, Schmerzmittel, Rheumamittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Antiepileptika, Psychopharmaka, Chemotherapie)? Welche?  ja  nein
- Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen – auch Kontrolluntersuchungen aufgrund von Vorerkrankungen – bei Ärzten oder sonstigen Behandlern statt oder sind solche für die nächsten 2 Jahre ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Weshalb? Wann?  ja  nein
- Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Militärkrankenhaus-, Heilstätten-, Rehabilitations- / Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche für die nächsten 2 Jahre ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Weshalb? Wann?  ja  nein
- Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?  ja  nein

**B) Fragen zur beruflichen Situation, zu besonderen Gefahren und zur Versorgungssituation**

- Beschreibung der derzeitigen beruflichen Tätigkeit [Text field]
- Welche Gefahren bestehen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit (auch z. B. Umgang mit gesundheitsschädlichen Substanzen, Aufenthalte in Ländern außerhalb der Europäischen Union)?  keine  
Bitte hier angeben und die entsprechende Zusatzklärung verwenden. [Text field]
- Welche Sportarten und sportliche Freizeitbeschäftigungen üben Sie aus?  keine  
Bitte hier angeben und die entsprechende Zusatzklärung verwenden. [Text field]
- Ist in den nächsten 12 Monaten ein Berufswechsel zu erwarten? Wenn ja, künftige Tätigkeit (bei Schülern und Studenten Berufsziel).  nein

**C) Erweiterte Fragen nur beim Einschluss der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**

- Bestehen noch oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten oder Beschwerden
  - des Herzens oder des Kreislaufs (auch z. B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Venenentzündung, Krampfadern, Thrombose)?  ja  nein
  - der Atmungsorgane (auch z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma)?  ja  nein
  - der Verdauungsorgane (auch z. B. Magen, Darm, Galle, Steine, Bauchspeicheldrüse, Leber, Entzündungen, Geschwüre, Vergrößerung)?  ja  nein
  - der Harn- oder Geschlechtsorgane (auch z. B. Nieren, Blase, Steine, Unterleib, Brust)?  ja  nein
  - des Stoffwechsels (auch z. B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen)?  ja  nein
  - Blut- oder Tumorerkrankungen (auch z. B. Blutarmut/Anämie, Blutkrebs/Leukämie, Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit, vergrößerte Lymphknoten, alle Formen der Krebserkrankung, Melanom, Darmpolypen, gutartige Tumoren)?  ja  nein
  - entzündliche Gelenk- oder Bindegewebserkrankungen (auch z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew)?  ja  nein
  - Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (auch z. B. Tuberkulose, Malaria)?  ja  nein
  - der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (auch z. B. Depressionen, Essstörungen, Selbsttötungsversuch, Multiple Sklerose, Krampfanfälle, Lähmungen)?  ja  nein
  - der Augen oder Sehstörungen (auch z. B. Blindheit ein- oder beidseitig, Augenhintergrundveränderungen, erhöhter Augen(innen)druck (grüner Star), Netzhauterkrankungen, Hornhautveränderungen, Linsentrübungen (grauer Star))? Welche?  ja  nein

- k) des Rückens (auch z. B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall) oder der Kniegelenke, Hüftgelenke, Schultern oder anderer Stellen im Bewegungsapparat (auch z. B. Unfälle, Knochenbrüche, Bänderverletzungen, Beinverkürzungen, Amputationen, Gelenkversteifung)?  ja  nein
- l) wie Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis, Schuppenflechte oder sonstigen Hauterkrankungen?  ja  nein
- m) der Ohren und des Gehörs (auch z. B. Tinnitus, Ohrensausen, Schwerhörigkeit, Hörstörung, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)?  ja  nein
12. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mindestens 2 Wochen durchgehend arbeitsunfähig und/oder konnten Sie in den letzten 5 Jahren mindestens 2 Wochen durchgehend Ihre Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht ausüben?  ja  nein
13. Wurden bei Ihnen im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen (auch z. B. Laboruntersuchungen, Röntgen, CT, Ultraschall, EKG, Magen-Darm-Spiegelung) innerhalb der letzten 5 Jahre kontroll- oder behandlungsbedürftige Ergebnisse festgestellt?  ja  nein
14. Besteht noch oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder ein Grad der Behinderung oder eine Pflegestufe oder eine Berentung aus gesundheitlichen Gründen? Weshalb?  ja  nein
15. Nehmen Sie noch oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, Betäubungsmittel oder werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt?  ja  nein
16. Sind Sie noch oder waren Sie in den letzten 10 Jahren in psychotherapeutischer Behandlung? Weshalb? Wann?  ja  nein
17. Bestand in den letzten fünf Jahren oder besteht für Sie schon eine (Zusatz-)Versicherung oder sonstige Ansprüche oder erwartete Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität oder ist eine solche beantragt oder gekündigt?  nein
- Wenn ja, welche Art, bei welchem Versicherer, bis wann und in welcher Höhe monatlich? mtl.  EUR

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, bitten wir Sie dazu jeweils noch um die Angaben zu Art, Verlauf und Folgen (z. B. der Krankheit, Verletzung), Ergebnissen der Untersuchung(en), Behandlungszeiträumen (wann? wie oft? wie lange?), behandelnden Ärzten, Heilpraktikern, nichtärztlichen Therapeuten, Krankenhäusern, Heilstätten, Kuranstalten.

#### D) Vollständigkeit der Angaben

Haben Sie zur Beantwortung der Fragen ein Beiblatt mit individuellen Angaben oder eine Zusatzklärung verwendet oder werden Sie zur Beantwortung der Fragen ein Beiblatt oder eine Zusatzklärung nachreichen? Falls ja, unterschreiben Sie bitte jede einzelne Seite und tragen Sie hier die gesamte Anzahl der einzelnen Seiten ein:

#### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung<sup>1</sup>

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.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der INTER (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 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. 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 die INTER die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

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

**Ich wünsche, dass mich die INTER 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 INTER einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die INTER 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 INTER 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 die INTER 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.

**Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrages über.**

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

### 3. 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.

#### 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. Die INTER benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

**Ich willige ein, dass die INTER 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 INTER zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die INTER tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.**

#### 3.2. 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](http://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](mailto: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 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.**

#### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die INTER aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die INTER das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die INTER unterrichtet.

**Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden.**

**Soweit erforderlich, entbinde ich die für die INTER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.**

#### 3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die INTER an das HIS melden. Die INTER und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

**Ich entbinde die für die INTER tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.**

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2.1).

#### 3.5. Datenweitergabe an 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.**

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die INTER im Rahmen der Risikoprüfung erhobene Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die INTER zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird. (siehe Ziffer 3.4). Die INTER speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der INTER und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

**Ich willige ein, dass die INTER 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.**

---

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 9 Seiten. Diese habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen – insbesondere „Wichtige Erklärungen und Hinweise“. Ferner habe ich/haben wir das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“ gelesen und zur Kenntnis genommen.

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 9-seitige Antragsformular wird vollständig von mir eingereicht.

Ort

Datum

**Die Gesundheitserklärung bzw. die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig abgegeben bzw. beantwortet.**

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](http://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).

## Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

um über die Annahme Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrags entscheiden oder ein verbindliches Angebot für den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz abgeben zu können, müssen wir das individuelle Risiko einschätzen. Zu diesem Zweck stellen wir Ihnen Fragen in Textform, die Sie bitte genau lesen und beantworten. Falsche oder unvollständige Angaben können den Bestand Ihres Vertrages und Ihren Versicherungsschutz gefährden. Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen, die im Falle der Verletzung dieser Pflicht eintreten können, sind in §§ 19-22 des Versicherungsvertragsgesetzes geregelt. Bitte lesen Sie auch den unten abgedruckten Gesetzestext.

### 1. Welche vorvertragliche Anzeigepflicht besteht?

Sie erfüllen Ihre Anzeigepflicht, wenn Sie die gestellten Fragen vollständig und richtig beantworten. In Ihren Antworten müssen Sie angeben, was Ihnen – und wenn ein Vertreter für Sie handelt, auch diesem – und den zu versichernden Personen bekannt ist. Benötigen wir aufgrund Ihrer Angaben weitere Auskünfte, können wir Nachfragen an Sie richten. Wir können Sie auch bis zum Abschluss des Versicherungsvertrages danach fragen, ob zwischenzeitlich Risikoveränderungen eingetreten sind.

### 2. Welche Rechtsfolgen können eintreten, wenn die Anzeigepflicht verletzt wird?

Die Rechtsfolgen richten sich danach, ob die Anzeigepflicht unverschuldet oder schuldhaft verletzt wurde und welcher Grad des Verschuldens vorliegt. Machen Sie geltend, die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt zu haben, müssen Sie einen nur geringeren Verschuldensgrad oder fehlendes Verschulden nachweisen.

#### a) Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung können wir vom Vertrag zurücktreten. Versicherungsschutz besteht dann nicht, es sei denn die Anzeigepflichtverletzung ist weder für den Eintritt noch die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung ursächlich. Der Beitrag gebührt uns bis zum Zugang der Rücktrittserklärung. Bei einer Lebensversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

#### b) Kündigung

Bei einfach fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind wir unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zur Kündigung des Vertrages berechtigt. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Kündigung möglich. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

#### c) Vertragsänderung

Der Rücktritt wegen grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung und die Kündigung wegen fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind ausgeschlossen, wenn wir bei Kenntnis von dem nicht angezeigten Umstand den Versicherungsvertrag zu anderen Bedingungen (z. B. mit Risikoausschluss oder gegen Beitragszuschlag) geschlossen hätten. Wir können verlangen, dass der Vertrag mit Wirkung ab Vertragsschluss entsprechend angepasst wird, im Fall der unverschuldeten Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode. Der Versicherungsschutz und der Beitragsanspruch richten sich dann rückwirkend zu den genannten Zeitpunkten nach dem geänderten Vertragsinhalt. 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. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Vertragsanpassung möglich.

#### d) Anfechtung

Bei arglistiger Täuschung sind wir zur Anfechtung des Versicherungsvertrags berechtigt, mit der Folge, dass dieser von Anfang an nichtig ist. Es besteht zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz, eventuell erbrachte Versicherungsleistungen sind zurückzugewähren und der Beitrag gebührt uns bis zum Zugang der Anfechtungserklärung.

### 3. Wann können wir keine Rechte wegen einer Anzeigepflichtverletzung geltend machen?

Wir können unsere Rechte nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung durch schriftliche Erklärung ausüben, bei Arglistanfechtung formfrei innerhalb eines Jahres. Wir müssen – außer bei Arglistanfechtung – alle Umstände innerhalb der Monatsfrist angeben, auf die wir unsere Rechtsausübung stützen. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren (bei Krankenversicherungen: 3 Jahre) 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. War uns die Anzeigepflichtverletzung oder der nicht angezeigte Umstand bei Vertragsschluss bekannt, können wir keine Rechte wegen Anzeigepflichtverletzung ausüben.

### 4. 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, der Arglistanfechtung 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.

### Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz: §§ 19-22

#### § 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

#### § 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

#### § 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktritts nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

#### § 22 Arglistige Täuschung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

## 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](mailto:Widerruf@inter.de).

##### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer 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.

### Unterabschnitt 3

#### Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Berufsunfähigkeitsversicherung

Bei dieser Berufsunfähigkeitsversicherung 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. den Hinweis, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

#### Ende der Widerrufsbelehrung

---