

## **Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München, schriftlich nachzuholen.

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

### **Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?**

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

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

#### **1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

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

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

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

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines Rückkaufwerts, falls ein solcher vorhanden und/oder vereinbart ist.

#### **2. Kündigung**

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Auf unser Kündigungsrecht im Fall einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung verzichten wir. Bei Kündigung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Für künftige Versicherungsfälle haben Sie in diesem Fall nur noch Versicherungsschutz in Höhe der beitragsfreien Leistung. Wird die Mindestversicherungsleistung nicht erreicht, haben Sie für künftige Versicherungsfälle keinen Versicherungsschutz mehr.

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

#### **3. Vertragsänderung**

Können wir bei fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung durch Sie nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf unser Vertragsanpassungsrecht.

Vertragsanpassungen erfolgen in Form von Beitragserhöhung und/oder Ausschlussklausel. Im Fall der Ausschlussklausel besteht kein Versicherungsschutz für die ausgeschlossenen Umstände (z. B. Erkrankungen, Sportarten, etc.). Erklären wir die Anpassung in Form der Ausschlussklausel nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn die ausgeschlossenen Umstände mit dem Versicherungsfall in keinem Zusammenhang stehen, d. h. nicht kausal sind.

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

#### **4. Ausübung unserer Rechte**

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

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

#### **5. Stellvertretung durch eine andere Person**

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

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch \* gekennzeichnet

L-AA1213/01.18/1

Folgende Berufsgruppen können bis zu einer **BU-Gesamtabsicherung von 2.500 Euro Monatsrente** versichert werden: **Akademiker und kaufmännische Berufe**. Die Rentenhöhe, Dynamik und das Endalter dürfen gegenüber dem bestehenden Vertrag nicht erhöht werden. Das **maximale Eintrittsalter beträgt 45 Jahre**. Der bestehende BU-Vertrag muss über **Standard-Risikofragen** geprüft worden sein (keine Aktionsanträge oder Dienstobliegenheitserklärungen) und beinhaltet keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge (bitte Kopie von Antrag und Police beifügen). Die Aktion gilt nur für Privatversicherungen.

**Mitteilung zu den vorvertraglichen Informationen (vom Vermittler auszufüllen)**

- Der Kunde hat von mir alle erforderlichen vorvertraglichen Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und VVG-Informationspflichtenverordnung rechtzeitig vor Abgabe seiner Vertragserklärung in Textform erhalten.**
- Der Kunde hat die vorvertraglichen Informationen nicht erhalten. Bitte im Wege des Invitativmodells die vorvertraglichen Informationen dem Kunden zukommen lassen und eine Vertragserklärung des Kunden einholen.**

Betreuerdaten			Eingangsdatum (bitte freilassen)
Firma		Name, Vorname	
Abschlussvermittler/-in (Nummer)	Betreuer/-in (Nummer)	Bestandspfleger/-in (Nummer)	
Dynamikvermittler/-in (Nummer)	Externe Vermittlernummer	Externe Referenznummer	

Versicherungsnehmer/-in = VN						
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Titel	Name		Vorname		Geburtsname
Straße, Hausnummer			PLZ	Wohnort		
Geburtsdatum		Geburtsort		Staatsangehörigkeit		*Steuer-Identifikationsnummer
<input type="checkbox"/> *Ledig <input type="checkbox"/> *Verheiratet <input type="checkbox"/> *Eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> *Geschieden <input type="checkbox"/> *Verwitwet						
<input type="checkbox"/> *Angestellte/-r - Vollzeit		<input type="checkbox"/> *Angestellte/-r - Teilzeit		<input type="checkbox"/> *Arbeiter/-in - Vollzeit		<input type="checkbox"/> *Arbeiter/-in - Teilzeit
<input type="checkbox"/> *Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Vollzeit		<input type="checkbox"/> *Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Teilzeit		<input type="checkbox"/> *Freiberuflich/selbstständig - Vollzeit		<input type="checkbox"/> *Freiberuflich/selbstständig - Teilzeit
<input type="checkbox"/> *Gesellschafter-Geschäftsführer/-in		<input type="checkbox"/> *Hausfrau/-mann		<input type="checkbox"/> *Ohne Arbeit/arbeitssuchend		<input type="checkbox"/> *Sonstiges (z. B. ABM-Maßnahme)
Ausgeübter Beruf/Branche				Ausbildungs-/Hochschulabschluss/Zusatzangabe zum Beruf (IHK, Uni, FH, BA, etc.)		
*Telefon privat		*Telefon beruflich		*Telefax		*E-Mail

Versicherte Person = VP <input type="checkbox"/> VN = VP						
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Titel	Name		Vorname		Geburtsname
Straße, Hausnummer			PLZ	Wohnort		
Geburtsdatum		Geburtsort		*Staatsangehörigkeit		*Steuer-Identifikationsnummer
<input type="checkbox"/> *Ledig <input type="checkbox"/> *Verheiratet <input type="checkbox"/> *Eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> *Geschieden <input type="checkbox"/> *Verwitwet						
<input type="checkbox"/> *Angestellte/-r - Vollzeit		<input type="checkbox"/> *Angestellte/-r - Teilzeit		<input type="checkbox"/> *Arbeiter/-in - Vollzeit		<input type="checkbox"/> *Arbeiter/-in - Teilzeit
<input type="checkbox"/> *Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Vollzeit		<input type="checkbox"/> *Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Teilzeit		<input type="checkbox"/> *Freiberuflich/selbstständig - Vollzeit		<input type="checkbox"/> *Freiberuflich/selbstständig - Teilzeit
<input type="checkbox"/> *Gesellschafter-Geschäftsführer/-in		<input type="checkbox"/> *Hausfrau/-mann		<input type="checkbox"/> *Ohne Arbeit/arbeitssuchend		<input type="checkbox"/> *Sonstiges (z. B. ABM-Maßnahme)
Ausgeübter Beruf/Branche				*Ausbildungs-/Hochschulabschluss/Zusatzangabe zum Beruf (IHK, Uni, FH, BA, etc.)		
*Telefon privat		*Telefon beruflich		*Telefax		*E-Mail

Zusatzfragen bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung (nicht zu beantworten für Schüler/-innen und Auszubildende)	
Mit den folgenden Fragen können wir eine individuelle Risikoeinschätzung vornehmen, die sich positiv auf den Beitrag auswirken kann. Wenn Sie zu einer oder zu mehreren dieser Fragen keine Angaben machen, verzichten Sie auf eine mögliche Besserstellung.	
*Familienstand: <input type="checkbox"/> Verheiratet	*Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden eigenen Kinder (gewöhnlicher Aufenthaltsort):
*Rauchgewohnheiten: <input type="checkbox"/> Nichtraucher	(Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat. Darunter fällt sowohl der Konsum von Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder sonstigem Tabak unter Feuer als auch das Konsumieren von Nikotin durch elektronische Verdampfer, wie beispielsweise E-Zigaretten.)

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch \* gekennzeichnet

L-AA1213/01.18/1

Bitte beachten Sie, dass die folgenden Zusatzfragen nur für bestimmte Berufe relevant sind. Durch die Beantwortung der Fragen kann sich gegebenenfalls ein günstigerer Beitrag ergeben.

*Ihr durchschnittlicher Anteil an büro- oder aufsichtsführenden Tätigkeiten:	ca.		%
*Wie viele festangestellte Vollzeitmitarbeiter leiten Sie an (Personal-, Aufsichtsführung)?			
*Ihr höchster Berufsabschluss, Ausbildungsabschluss in Deutschland?			
<input type="checkbox"/> Diplom/Master/Magister/Staatsexamen: Universität	<input type="checkbox"/> Diplom/Master: Fachhochschule	<input type="checkbox"/> Bachelor: Universität, Fachhochschule	
<input type="checkbox"/> Berufliches Studium: Berufsakademie, private Hochschule	<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Weiterbildung: Meister, Techniker, Fachwirt	<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Berufsausbildung	

**\*Sofern Sie Zahlungen mittels Lastschrift wünschen, benötigen wir folgende Angaben sowie Ihre Unterschrift:**

**SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften**

<b>Gläubiger-Identifikationsnummer DE83LV0000165509 (der LV 1871)</b>	<b>Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt</b>
Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der LV 1871 auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.	
<b>Hinweis:</b> Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
<b>Frist für die Vorabinformation:</b> Die LV 1871 informiert den Zahler bei dem ersten Abruf sowie bei Änderung von Beitrag und/oder Abbuchungstermin spätestens 5 Bankarbeitstage vor dem Abbuchungstermin über den anstehenden Einzug.	
IBAN <b>DE</b>	Name des Kreditinstituts
Name, Vorname, Straße, Postleitzahl, Ort des/der Kontoinhabers/-in	
Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber/-in (ggf. zusätzlich Firmenstempel) <b>X</b>
Der Vermittler ist nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der VN im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrags an die LV 1871 zu leisten hat, anzunehmen. Zahlungen sind direkt an die LV 1871 zu leisten.	

**Empfänger/-in der Versicherungsleistung**

Im Erlebensfall: VN oder  Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift oder Firma, Anschrift

**Antrag auf eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung**

Tarif	Versicherungsbeginn (zum Monatsersten)	Eintrittsalter <sup>1</sup> (Jahre)	Endalter (Jahre)	Jahresrente in €	monatliche Rente in €
<input type="checkbox"/> Leistung bei Arbeitsunfähigkeit					
<input type="checkbox"/> mit Abschluss Pflegepaket <sup>2</sup>					Rentenzahlungsweise: monatlich

<sup>1</sup> Das Eintrittsalter berechnet sich aus dem Beginnjahr minus Geburtsjahr.  
<sup>2</sup> Die monatliche Pflegerente entspricht der BU-Rente, beträgt max. jedoch 2.000 EUR. Das höchstmögliche Eintrittsalter für das Pflegepaket liegt bei 50 Jahren.

**Überschussverwendung der Berufsunfähigkeitsversicherung**

Vollständige Beitragsverrechnung

**Dynamik**

Dynamikmodell:  Vorjahresbeitrag  Vorjahressumme  Anfangsbeitrag  Anfangssumme  Rentenversicherung-Relation

Dynamikprozentsatz 3-5 %:  % (bei Auswahl Rentenversicherung-Relation nicht erforderlich)

**Bei fehlender Eintragung wird ausdrücklich auf das Recht der jährlichen Anpassung ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik) verzichtet.**

**Beitrag** (Mindestbeitrag je Zahlungsweise 10 Euro)

Beitragszahlungsweise:  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

zu zahlender Beitrag pro Zahlungsweise in €<sup>1</sup>

ggf. vom zu zahlenden Beitrag abweichender Bruttobeitrag in €

<sup>1</sup> Etwaige mit dem Beitrag verrechnete Überschussanteile für Risiko-, Zeitrenten- und Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen. Sie können für die Folgejahre nicht garantiert werden.

**Besondere Vereinbarungen** Es wurden keine Nebenabreden getroffen. Nebenabreden sind nur verbindlich, wenn sie von der LV 1871 schriftlich bestätigt werden.

Es wurden folgende Nebenabreden getroffen:

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch \* gekennzeichnet

L-AA1213/01.18/1

<b>Angaben zur Risikobeurteilung der VP</b>	
<p>Die Risikofragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. <b>Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen.</b>  <b>Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gem. § 19 Abs. 5 VVG "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" unmittelbar vor den Antragsunterlagen auf Seite 1.</b></p>	
Körpergröße in cm <input type="text"/>	Gewicht in kg <input type="text"/>
Beträgt die Höhe der bestehenden und beantragten jährlichen privaten Berufsunfähigkeitsrenten mehr als 60 % des Brutto-Jahreseinkommens (Festgehalt)?	monatliche Rentenhöhe der bestehenden BU-Absicherung in € <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Üben Sie eine der folgenden Sportarten aus: Motorsport, Bergsport, Flugsport, Tauchsport, Reitsport, Kampfsport, gefährliche Mannschaftssportarten? (Bergsport: Nur alpines Klettern ab Schwierigkeitsgrad 7 oder Bergsteigen / Skitouren über 4.000 Meter Höhe; Flugsport: nur Paragliding, Drachenfliegen, Fallschirmspringen; Tauchsport: nur bei Tauchtiefen > 40 Meter, Mannschaftssport: nur Eishockey und American Football; Reitsport und Kampfsport: nur bei Teilnahme an Wettbewerben)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Planen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU? (Geplante Auslandsaufenthalte von minderjährigen Schülern müssen nicht angegeben werden.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt oder sonstigen Heilbehandler untersucht oder behandelt? (Heilbehandler: Dies sind insbesondere Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Osteopathen. Untersucht oder behandelt: Vorsorgeuntersuchungen, Erkältungskrankheiten, Magen-Darm- oder Harnwegsinfekte müssen nicht angegeben werden.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Diese vier Fragen sind nur zu beantworten, wenn die vorherige Frage nach Behandlungen durch Ärzte oder sonstige Heilbehandler bejaht wurde:</b>	
Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten Medikamente verschrieben oder verabreicht? (Dazu gehören insbesondere Tabletten, Salben und Spritzen. Verhütungsmittel und Impfungen sowie Behandlungen von Erkältungskrankheiten, Magen-Darm- oder Harnwegsinfekte müssen nicht angegeben werden.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie in den letzten 5 Jahren für mehr als 14 Kalendertage durchgehend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, Ihre übliche Tätigkeit (berufliche Tätigkeit, Teilnahme am Schulunterricht, Studium) auszuüben oder sind Sie derzeit dazu nicht in der Lage?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen des Genusses von Alkohol oder anderer Suchtmittel beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie in den letzten 5 Jahren untersucht oder behandelt worden wegen einer Herzerkrankung, Tumorerkrankung, Nierenerkrankung oder Diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren psychische Beschwerden oder Erkrankungen? (Psychische Beschwerden: Dazu gehören z. B. Depression, Burnout-Syndrom, Angststörung, Erschöpfungszustand, Essstörung, Suchterkrankung, Suizidversuch.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär aufgenommen oder ist eine stationäre Behandlung in den nächsten 12 Monaten geplant? (Entbindungen müssen nicht angegeben werden!)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Beschwerden des Nervensystems oder des Gehirns, des Bewegungsapparates oder der Sinnesorgane? (Nervensystem/Gehirn: z. B. Lähmungen, Gefühlsstörungen; Bewegungsapparat: z. B. Folgen von Knochenbrüchen, Verletzungen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen; Sinnesorgane: z. B. Sehstörung, Hörminderung, Fehlsichtigkeit > 8 Dioptrien)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in</b>	
<input type="text" value="Welche/-r Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in ist über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt/Hausärztin)? Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung"/>	

<b>Hinweise für den gestellten Antrag</b>
<b>Aufgabe bestehender Versicherungen</b> Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den VN im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

<b>Erklärungen des VN und der VP</b>
<b>Überschussbeteiligung</b> Die Überschussanteile ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen und können für die Folgejahre nicht garantiert werden.
<b>Beginn des Versicherungsschutzes und Fälligkeit des Beitrags</b> Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz bereits bei Abschluss des Vertrags und vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Jedoch beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Zahlung des Beitrags, frühestens jedoch zum vereinbarten Versicherungsbeginn. Mir ist bekannt, dass der Beitrag mit Zugang des Versicherungsscheins fällig wird, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Hiervon unberührt bleibt die eventuelle Vereinbarung eines vorläufigen Versicherungsschutzes bei Unfall in der Lebensversicherung und/oder in der Berufsunfähigkeitsversicherung.
<b>Vorläufiger Versicherungsschutz für ein Todesfall- und/oder Berufsunfähigkeitsrisiko bei Unfall</b> (gilt nicht bei einer Angebotsanfrage (Invitatio-Modell)) Bei Absicherung eines Todesfallrisikos und/oder Berufsunfähigkeitsrisikos gewährt die LV 1871 im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz bei Unfall ab dem Eingang des Antrags im Falle eines Unfalls vorläufigen Versicherungsschutz. Voraussetzung dafür ist insbesondere, dass der LV 1871 ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wurde und der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als drei Monate nach Unterzeichnung dieses Antrags liegt. Die Leistung des vorläufigen Versicherungsschutzes bei Tod (einschließlich einer evtl. Unfalltod-Zusatzversicherung) ist pro versicherter Person auf 100.000 Euro begrenzt, bei Berufsunfähigkeit auf 13.200 Euro jährliche Rente. Die weiteren Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz bei Unfall in der Lebensversicherung und/oder den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz bei Unfall in der Berufsunfähigkeitsversicherung.

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch \* gekennzeichnet

L-AA1213/01.18/1

<b>Informationen, Schlussklärung und Unterschriften</b>	
<b>Bitte lesen Sie vor Ihrer Unterschrift die Erklärungen, Hinweise sowie die "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" unmittelbar vor den Antragsunterlagen auf Seite 1, die wichtiger Bestandteil dieses Vertrages ist. Sie machen sie mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt dieses Antrags.</b>	
Mir ist bekannt, dass die vorstehenden Hinweise für den gestellten Antrag sowie die Erklärungen des VN und der VP wichtige Bestandteile des Vertrags sind. Mit meiner Unterschrift mache ich diese Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Ab Zugang des Versicherungsscheins besitze ich dann ein 30-tägiges Widerrufsrecht. Sofern auf Dynamik verzichtet wurde, erkläre ich, dass ich über die Bedeutung des Verzichts unterrichtet worden bin. Eine Zweitschrift des Versicherungsantrags ist für meine Unterlagen bestimmt.	
<b>Die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ wurde mir ausgehändigt und ich habe diese zur Kenntnis genommen.</b>	
Ort	Datum
Unterschrift Versicherungsnehmer/-in <b>X</b>	
Unterschrift Versicherte Person/-en <b>X</b>	
Unterschrift gesetzlicher Vertreter des Versicherungsnehmers/-in (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen)	
Unterschrift gesetzliche Vertreter der Versicherten Person/-en (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen)	
<b>Erklärung des Vermittlers</b>	
Ich erkläre hiermit, dass alle Angaben des/der Antragstellers/-in bzw. der versicherten Person/-en, insbesondere jene zu seinen/ihren gesundheitlichen Verhältnissen, wertungsfrei und vollständig in den Antrag aufgenommen wurden und bescheinige ferner, dass nach Prüfung der Angaben die Unterschriften im Antrag eigenhändig geleistet wurden. Die zuvor genannte Erklärung kann nicht abgegeben werden, da die Fragen an die Versicherte/-n Person/-en <input type="checkbox"/> der/die Versicherungsnehmer/-in <input type="checkbox"/> die Versicherte Person selbst ausgefüllt hat.	
Ort, Datum	Unterschrift Vermittler/-in <b>X</b>

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

<b>Einwilligungserklärung zur werblichen Kontaktaufnahme</b> Die Einwilligungserklärung gilt nicht für bAV-Verträge.	
Ich bin damit einverstanden, dass mich die LV 1871 Unternehmensgruppe* und mein betreuender Vermittler zu Beratungs- und Werbezwecken über folgende Kommunikationswege über Angebote zu Versicherungen kontaktiert. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf inhaltliche Änderungen, insbesondere Verlängerungen, Ausweitung, Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge der LV 1871 Unternehmensgruppe gerichtet sind. Meine Kontaktdaten dürfen von der LV 1871 Unternehmensgruppe und meinem betreuenden Vermittler zu diesem Zweck gespeichert und genutzt werden. <b>Diese Einwilligung ist freiwillig und für den Vertragsabschluss nicht erforderlich. Ich kann sie jederzeit ohne Auswirkung auf das Vertragsverhältnis für die Zukunft gegenüber der LV 1871 Unternehmensgruppe sowie deren einzelnen Gesellschaften mit Wirkung für alle widerrufen.</b> <b>Ihren Widerruf richten Sie bitte an die in der Fußzeile des Antrags angegebene Adresse.</b>	
* Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871), Delta Direkt Lebensversicherung AG München, TRIAS Versicherung AG, LV 1871 Private Assurance AG, LV 1871 Pensionsfonds AG.	
<input type="checkbox"/> Telefon (wie unter Punkt "Versicherungsnehmer/-in" angegeben)	
<input type="checkbox"/> E-Mail	Adresse: <input type="text"/>

<b>Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung</b> (Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)	
Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die LV 1871 daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister und unsere Rückversicherer weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der LV 1871 unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten - durch die LV 1871 selbst (unter 1.), - im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.), - bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der LV 1871 (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.	
<b>1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die LV 1871</b>	
Ich willige ein, dass die LV 1871 die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.	

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch \* gekennzeichnet

L-AA1213/01.18/1

## 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 LV 1871 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 LV 1871 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.

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

#### Möglichkeit I:

VP Ich willige ein, dass die LV 1871 – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die LV 1871 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die LV 1871 an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die LV 1871 tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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

#### Möglichkeit II:

VP Ich wünsche, dass mich die LV 1871 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 LV 1871 einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die LV 1871 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 LV 1871 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 LV 1871 konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I:

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

#### Möglichkeit II:

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

## 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der LV 1871

Die LV 1871 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 LV 1871 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 LV 1871 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 LV 1871 zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die LV 1871 tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die LV 1871 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 LV 1871 Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die LV 1871 führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die LV 1871 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 [http://www.lv1871.de/lv1871\\_internet/datenschutz.htm](http://www.lv1871.de/lv1871_internet/datenschutz.htm) eingesehen oder bei Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München, Telefon 089/5 51 67-11 11 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die LV 1871 Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die LV 1871 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 LV 1871 dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der LV 1871 Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch \* gekennzeichnet

L-AA1213/01.18/1

### 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die LV 1871 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 LV 1871 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 LV 1871 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 LV 1871 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 LV 1871 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 LV 1871 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 HIS GmbH (Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die LV 1871 an das HIS melden. Die LV 1871 und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die LV 1871 tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

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

### 3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die LV 1871 gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

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

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

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

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die LV 1871 Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die LV 1871 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 LV 1871 speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der LV 1871 und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die LV 1871 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.

### Bonitätsauskünfte

Informationen zur Bonität unserer Kunden sind für uns risikorelevant und fließen dabei in unsere Entscheidungen bei der Antrags-, Vertrags- sowie der Leistungsfallbearbeitung mit ein. Hierzu bedienen wir uns externer Auskunftsteilen, an die allgemeine personenbezogene Daten (z. B. Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum) übermittelt werden. Darauf kann die Auskunftsteil auch den Rückschluss ziehen, dass Sie einen Versicherungsvertrag bei uns abschließen wollen oder bereits abgeschlossen haben.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie jederzeit für die Zukunft gegenüber der LV 1871 Unternehmensgruppe sowie deren einzelnen Gesellschaften mit Wirkung für alle widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte an die in der Fußzeile des Antrags angegebene Adresse.

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass die LV 1871 für die Beurteilung der zu versichernden Risiken, bei Antragstellung, bei Vertragsbearbeitung und im Rahmen der Leistungsprüfung Informationen über mein Zahlungsverhalten von einer Auskunftsteil (z. B. Creditreform, Bürgel, Infoscore, Arvato) einholt und nutzt und hierzu auch meine allgemeinen personenbezogenen Daten an die Auskunftsteil übermittelt.

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch \* gekennzeichnet

L-AA1213/01.18/1

<b>Datenweitergabe an die TRIAS Versicherung AG</b>	
<p>Sollte ein Vertrag zur Absicherung der Berufsunfähigkeit nicht zustande kommen, könnte auch eine funktionelle Invaliditätsversicherung für Sie von Interesse sein. Eine solche wird mit dem Produkt Golden IV von unserem Tochterunternehmen TRIAS Versicherung AG (TRIAS) in Zusammenarbeit mit der BGV-Versicherung AG angeboten.</p> <p>Um Ihnen ein Angebot über eine funktionelle Invaliditätsversicherung zukommen zu lassen, benötigen wir Ihre Einwilligung, dass wir der TRIAS Ihre Daten zukommen lassen können. Damit die TRIAS prüfen kann, ob sie Ihnen ein Angebot unterbreiten kann und mit welchen Konditionen, benötigt diese alle Daten, welche Sie in diesem Antrag zum Abschluss der Berufsunfähigkeitsversicherung gemacht haben.</p> <p>Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie jederzeit ohne Auswirkung auf das Vertragsverhältnis für die Zukunft gegenüber der LV 1871 Unternehmensgruppe sowie deren einzelnen Gesellschaften mit Wirkung für alle widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte an die in der Fußzeile des Antrags angegebene Adresse.</p>	
<p>Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass die LV 1871 der TRIAS Versicherung AG meinen Antrag bzw. alle hierin enthaltenen Daten sowie alle sonst der LV 1871 zur Prüfung überlassenen Daten, übermitteln darf. Ich willige außerdem ein, dass die TRIAS auf dieser Grundlage ein Angebot für eine Unfallversicherung erstellt und mir oder meinem Vermittler zukommen lässt.</p>	

<b>Unterschriften zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung</b>	
Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer/-in <b>X</b>
Ort, Datum	Unterschrift Versicherte Person/-en <b>X</b>
Ort, Datum	Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahrs) <b>X</b>
Ort, Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter <b>X</b>

<b>Liste der externen Dienstleister als Anlage zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung</b>	
<b>Dienstleister</b>	<b>Übertragene Aufgaben</b>
Arvato Direct Services Wilhelmshaven GmbH, Olympiastr. 1, 26419 Schortens	Zulagenverwaltung Riester
Computershare Communication Services GmbH, Hansastr. 15b, 80686 München	Druckdienstleister
Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden	Adressupdate
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG, Neumarkter Str. 28, 81673 München	Adressupdate
SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden	Bonitätsauskünfte über Privatpersonen
Creditreform München Ganzmüller, Groher & Kollegen KG, Machtlfinger Str. 13, 81379 München	Bonitätsauskünfte über Unternehmen
Retarus GmbH, Aschauer Straße 30, 81549 München	SCAN von SPAM und Verschlüsseln von Mails
SOKA-IT, Urlaubs- und Lohnausgleichskasse der Bauwirtschaft, Wettinerstraße 7, 65189 Wiesbaden	Rentenbezugsmitteilungsverfahren
Gutachter und Sachverständige (Ärzte und Psychologen)	Erstellung von Gutachten, Untersuchungen, Beratungsleistung zu Rehabilitationsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten
Berufskundliche Dienstleister	Überprüfung der Ist-Situation (insbesondere des Arbeitsplatzes), Prüfung von Umorganisationsmöglichkeiten und Optimierung von Arbeitstechniken und -abläufen; Hilfe bei der Arbeitsvermittlung
Medicals Direct Deutschland GmbH, Am Schammacher Feld 21, 85567 Grafing bei München	Individueller Vor-Ort-Service im Rahmen der Antragsprüfung; Durchführung von Gesundheitsprüfungen bei hohen Versicherungssummen.
Columba Online Identity Management GmbH, Ritterstraße 3, 10969 Berlin	Digitaler Nachlassplaner
InfraNet AG, Herrmann-Lingg-Str. 2, 80336 München	Bereitstellung und Betreuung von Servern
Rückversicherungsunternehmen	Unterstützung bei Risiko- und Leistungsprüfung
Rechtsanwaltskanzleien	Beratung, Prozessführung
Steuerberater, Wirtschaftsprüfer	Jahresabschluss/ Wirtschaftsprüfung
Entsorgungsunternehmen	Datenschutzkonforme Vernichtung von Papierunterlagen und Datenträgern
Gesellschaften der LV 1871 Unternehmensgruppe: Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Delta Direkt Lebensversicherung AG München, TRIAS Versicherung AG	Führung von Stammdaten in gemeinsamen Datenverarbeitungs-Verfahren

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch \* gekennzeichnet

L-AA1213/01.18/1

**Zusätzlich zum Antrag erhalten Sie eine Einwilligungserklärung im Einzelfall.  
Die Antragsbearbeitung kann durch die Entbindung der Schweigepflicht mittels dieser Erklärung beschleunigt werden.**

**Einwilligungserklärung im Einzelfall**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken im Rahmen Ihres Antrags ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist.

Die LV 1871 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.

Wenn Sie in Ihrem Versicherungsantrag die LV 1871 generell von der Schweigepflicht entbinden, so werden Sie von der LV 1871 trotzdem vor jeder Datenerhebung unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck Daten erhoben werden sollen und Sie werden darauf hingewiesen, dass Sie widersprechen können. Damit Ihnen ein Widerspruch möglich ist, wird Ihnen von der LV 1871 eine Widerspruchsfrist eingeräumt. Wenn Sie diese Frist verkürzen wollen, können Sie zusätzlich nachfolgende Einzelfalleinwilligung für die Datenerhebung bei konkreten Ärzten oder Einrichtungen erteilen. In diesem Fall kann die LV 1871 direkt mit den Ärzten oder Einrichtungen in Verbindung treten, ohne Ihnen eine gesonderte Widerspruchsmöglichkeit einzuräumen. Dies führt zu einer Beschleunigung der Antragsprüfung. Die Abgabe dieser Erklärung für Sie ist freiwillig. Wenn Sie diese nicht abgeben wollen, entstehen Ihnen keine Nachteile, außer dass die Antragsbearbeitung unter Umständen länger dauert. Sie können die Erklärung auch jederzeit gegenüber der Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München widerrufen.

**Bitte ausfüllen:**

Ich willige ein, dass die LV 1871 – soweit es für die Risikobeurteilung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten / die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, direkt bei folgenden Ärzten oder Einrichtungen erhebt und zum Zweck der Antragsprüfung verwendet:

Name des Arztes oder der Einrichtung	ggf. Name des weiteren Arztes oder der Einrichtung
Adresse	Adresse
PLZ und Ort	PLZ und Ort

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die LV 1871 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die LV 1871 an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die LV 1871 tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherte Person <b>X</b>
Ort, Datum	Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahrs) <b>X</b>
Ort, Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter <b>X</b>