

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 Delta Direkt Lebensversicherung AG München, Ottostrasse 16, 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 Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

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

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie 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 Versicherungsfalles, 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 Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des 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

D-AA4001/10.17/tz

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"/> natürliche Person		<input type="checkbox"/> Firma	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Titel	Name	Vorname
Geburtsname			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"/> natürliche Person		<input type="checkbox"/> Firma	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Titel	Name	Vorname
Geburtsname			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

Höchste in Deutschland abgeschlossene

Schulausbildung	Hochschulausbildung	Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> Keine (Angabe)	<input type="checkbox"/> Keine (Angabe)	<input type="checkbox"/> Keine (Angabe)
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> Bachelor (Universität oder Fachhochschule)	<input type="checkbox"/> Berufsausbildung handwerklich (Gesellenbrief)
<input type="checkbox"/> Qualifizierender Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> Diplom oder Master (Fachhochschule)	<input type="checkbox"/> Berufsausbildung kaufmännisch oder technisch
<input type="checkbox"/> Mittlere Reife	<input type="checkbox"/> Diplom, Master, Magister, Staatsexamen (Universität)	<input type="checkbox"/> Techniker (staatlich geprüft)
<input type="checkbox"/> Fachabitur (fachgebundene Hochschulreife)	<input type="checkbox"/> Promotion	<input type="checkbox"/> Meisterbrief
<input type="checkbox"/> Abitur (allgemeine Hochschulreife)		<input type="checkbox"/> Studium (Berufsakademie, private Hochschule o. ä.)
<input type="checkbox"/> Ausländischer Abschluss	<input type="checkbox"/> Ausländischer Abschluss	<input type="checkbox"/> Ausländischer Abschluss

Bei ausländischen Abschlüssen ist die Vorlage des/-r Nachweise/-s mit beglaubigter deutscher Übersetzung vor Vertragsabschluss unbedingt erforderlich.**Bitte beachten Sie: Die Delta Direkt kann den Ausbildungsbonus nur gegen Vorlage entsprechender Nachweise gewähren. Hierzu legen Sie bitte dem Antrag eine Kopie Ihrer Ausbildungsnachweise bei. Erfolgt kein Nachweis, reduziert sich gemäß § 12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen die Versicherungsleistung.**

Familienstand: <input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> Geschieden	<input type="checkbox"/> Verwitwet	Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden eigenen Kinder (gewöhnlicher Aufenthaltsort):
Rauchgewohnheiten: <input type="checkbox"/> Nichtraucher, seit mindestens 10 Jahren	<input type="checkbox"/> Nichtraucher, seit mindestens 12 Monaten	<input type="checkbox"/> Raucher			
Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren ist, wer in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat.					
Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten ist, wer seit mindestens 12 Monaten, aber weniger als 10 Jahre 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. Bitte beachten Sie, dass der Beginn des Rauchens nach Vertragsabschluss eine Gefährdung darstellt und uns unverzüglich schriftlich anzuzeigen ist.					

Zweite Versicherte Person = VP 2

<input type="checkbox"/> natürliche Person		<input type="checkbox"/> Firma	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Titel	Name	Vorname
Geburtsname			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

Höchste in Deutschland abgeschlossene

Schulausbildung	Hochschulausbildung	Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> Keine (Angabe)	<input type="checkbox"/> Keine (Angabe)	<input type="checkbox"/> Keine (Angabe)
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> Bachelor (Universität oder Fachhochschule)	<input type="checkbox"/> Berufsausbildung handwerklich (Gesellenbrief)
<input type="checkbox"/> Qualifizierender Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> Diplom oder Master (Fachhochschule)	<input type="checkbox"/> Berufsausbildung kaufmännisch oder technisch
<input type="checkbox"/> Mittlere Reife	<input type="checkbox"/> Diplom, Master, Magister, Staatsexamen (Universität)	<input type="checkbox"/> Techniker (staatlich geprüft)
<input type="checkbox"/> Fachabitur (fachgebundene Hochschulreife)	<input type="checkbox"/> Promotion	<input type="checkbox"/> Meisterbrief
<input type="checkbox"/> Abitur (allgemeine Hochschulreife)		<input type="checkbox"/> Studium (Berufsakademie, private Hochschule o. ä.)
<input type="checkbox"/> Ausländischer Abschluss	<input type="checkbox"/> Ausländischer Abschluss	<input type="checkbox"/> Ausländischer Abschluss

Bei ausländischen Abschlüssen ist die Vorlage des/-r Nachweise/-s mit beglaubigter deutscher Übersetzung vor Vertragsabschluss unbedingt erforderlich.**Bitte beachten Sie: Die Delta Direkt kann den Ausbildungsbonus nur gegen Vorlage entsprechender Nachweise gewähren. Hierzu legen Sie bitte dem Antrag eine Kopie Ihrer Ausbildungsnachweise bei. Erfolgt kein Nachweis, reduziert sich gemäß § 12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen die Versicherungsleistung.**

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-AA4001/10.17/tz

Familienstand: <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet	Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden eigenen Kinder (gewöhnlicher Aufenthaltsort):
Rauchgewohnheiten: <input type="checkbox"/> Nichtraucher, seit mindestens 10 Jahren <input type="checkbox"/> Nichtraucher, seit mindestens 12 Monaten <input type="checkbox"/> Raucher	
Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren ist, wer in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat. Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten ist, wer seit mindestens 12 Monaten, aber weniger als 10 Jahre 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. Bitte beachten Sie, dass der Beginn des Rauchens nach Vertragsabschluss eine Gefährderrhöhung darstellt und uns unverzüglich schriftlich anzuzeigen ist.	

Angaben gemäß Geldwäschegesetz
 (Die nachfolgenden Angaben sind auch bei Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für SEPA-Basislastschriften erforderlich.)

Identifizierung des VN nach Geldwäschegesetz (Bei Firmen bitte das Formular D-Z2040 verwenden).

Bitte reichen Sie eine Kopie des gültigen Personalausweises oder Reisepasses des VN ein.
Wirtschaftlich Berechtigter (Bei Firmen bitte das Formular D-Z2040 verwenden)

- Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und die damit verbundenen Zahlungen erfolgen auf eigene Veranlassung.
 Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und die damit verbundenen Zahlungen erfolgen **nicht** auf eigene Veranlassung.

Wenn der VN auf Veranlassung eines Dritten handelt, bitte Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und Anschrift des Dritten angeben.

Welche Beziehung besteht zu dem Dritten?

 Weshalb erfolgt die Geschäftsbeziehung/Zahlung **nicht** auf eigene Veranlassung?

Politisch exponierte Person (PeP)

Angaben sind bei natürlichen Personen und zusätzlich bei einem zum VN abweichenden wirtschaftlich Berechtigten erforderlich. Sofern es sich bei dem VN um eine juristische Person handelt, sind ebenfalls Angaben zur politisch exponierten Person erforderlich. Die Angaben beziehen sich auf den oder die wirtschaftlich berechtigten Personen (z. B. Anteilseigner).

Politisch exponierte Personen sind alle natürlichen Personen, die ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt auf internationaler, europäischer oder nationaler Ebene oder ein öffentliches Amt unterhalb der nationalen Ebene ausüben, dessen politische Bedeutung vergleichbar ist.

Politische exponierte Personen sind insbesondere Staats- und Regierungschefs; Minister; Mitglieder der Europäischen Kommission; Staatssekretäre; Parlamentsmitglieder; Mitglieder der Führungsgremien politischer Parteien; Mitglieder von obersten Gerichtshöfen; Leitungsorgane von Rechnungshöfen und Zentralbanken; Botschafter; hochrangige Offiziere der Streitkräfte; Verwaltungs-, Leitungs- und Aufsichtsorgane staatlicher Unternehmen; Direktoren und Mitglieder von Leitungsorganen einer internationalen oder europäischen Organisation.

- Weder der VN noch der wirtschaftlich Berechtigte ist eine politisch exponierte Person.
 Der VN ist eine politisch exponierte Person.
 Der wirtschaftlich Berechtigte ist eine politisch exponierte Person.
 Der VN ist mit einer politisch exponierten Person verwandt, in Gemeinschaft lebend bzw. geschäftlich oder wirtschaftlich verbunden (wirtschaftliche Verbundenheit besteht z. B., wenn die politisch exponierte Person und der VN Anteile an demselben Unternehmen halten).
 Der wirtschaftlich Berechtigte ist mit einer politisch exponierten Person verwandt, in Gemeinschaft lebend bzw. geschäftlich oder wirtschaftlich verbunden (wirtschaftliche Verbundenheit besteht z. B., wenn die politisch exponierte Person und der wirtschaftlich Berechtigte Anteile an demselben Unternehmen halten).

Bitte erläutern:

***Sofern Sie Zahlungen mittels Lastschrift wünschen, benötigen wir folgende Angaben sowie Ihre Unterschrift:**
SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften
Gläubiger-Identifikationsnummer DE18DELO000165515 (der Delta Direkt) **Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Delta Direkt Lebensversicherung AG München (Delta Direkt), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Delta Direkt auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Frist für die Vorabinformation: Die Delta Direkt 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 **DE** _____ Name des Kreditinstituts _____

Name, Vorname, Straße, Postleitzahl, Ort des/der Kontoinhabers/-in _____

 Ort, Datum _____ Unterschrift Kontoinhaber/-in (ggf. zusätzlich Firmenstempel) **X**

Der Vermittler ist nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der VN im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrags an die Delta Direkt zu leisten hat, anzunehmen. Zahlungen sind direkt an die Delta Direkt zu leisten.

Rechtsnachfolger für den VN im Todesfall – gilt nicht bei Firmenversicherungen

- Ist der VN nicht selbst die VP, soll bei seinem Tod die VP neuer VN werden. Der VN kann diese Regelung jederzeit vor seinem Tod schriftlich widerrufen und eine neue Rechtsnachfolge bestimmen.

Empfänger/-in der Versicherungsleistung

Im Todesfall: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift _____

Bei fehlender Eintragung wird an den/die Erben des VN (bei RL2 gegenseitig), bei Fremdversicherung (VN und VP nicht identisch) an den VN geleistet.

Antrag auf eine Risikoversicherung bei RL1 mit Umtauschrecht (gegen Mehrbeitrag)

Tarif	Versicherungsbeginn (zum Monatsersten)	Eintrittsalter (Jahre)	Versicherungsdauer (Jahre)	Beitragszahlungsdauer (Jahre)	Todesfallsumme €
-------	--	------------------------	----------------------------	-------------------------------	------------------

Darlehensdaten zu Tarif RL4

Sollzins p. a. in %	Anfängliche tilgungsfreie Zeit in Jahren	Tilgungssatz in %	oder	Darlehensrate in €
---------------------	--	-------------------	------	--------------------

 Zahlungsweise der Darlehensrate: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Überschussverwendung der Risikoversicherung

Beitragsverrechnung _____

 Unfalltod-Zusatzversicherung (nicht möglich bei Tarif RL2 und RL4)

Tarif	Unfalltodsumme €/%-Satz
-------	-------------------------

Dynamik

 Dynamikmodell: Vorjahresbeitrag Vorjahressumme Anfangsbeitrag Anfangssumme Rentenversicherung-Relation

Dynamikprozentsatz 3-10 %: _____ % (bei Auswahl Rentenversicherung-Relation nicht erforderlich)

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

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-AA4001/10.17/tz

Beitrag (Mindestbeitrag je Zahlungsweise 5 Euro) Wurde für die Beitragsberechnung Größe und Gewicht der VP nicht berücksichtigt, kann der tatsächliche Beitrag erst ermittelt werden, nachdem diese Angaben vorliegen.	
Beitragszahlungsweise: monatlich oder <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	
zu zahlender Beitrag pro Zahlungsweise in € ¹	ggf. vom zu zahlenden Beitrag abweichender Bruttobeitrag in €
¹ Etwaige mit dem Beitrag verrechnete Überschussanteile für Risikoversicherungen 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 Delta Direkt schriftlich bestätigt werden.
<input type="checkbox"/> Es wurden folgende Nebenabreden getroffen:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragenkomplexe, soweit erforderlich, ausführlich. Sie helfen uns damit, Missverständnisse und Nachfragen zu vermeiden. Bitte verwenden Sie ein Beiblatt, falls Sie nicht genügend Platz vorfinden. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die Delta Direkt nach.

Angaben zur Risikobeurteilung der VP bzw. VP 2 Die Risikofragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. 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.
--

VP	VP 2	
1.1.a. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bestehen bei anderen Versicherungsunternehmen, Pensionskassen oder Pensionsfonds Lebens-, Renten, Dread-Disease-, Pflegerenten-, Berufsunfähigkeits-, Invaliditäts- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre (Probe-)Anträge gestellt bzw. sind (gleichzeitig) weitere Antragstellungen vorgesehen?
1.1.b. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bestanden innerhalb der letzten 5 Jahre bei anderen Versicherungsunternehmen Lebens-, Renten, Dread-Disease-, Pflegerenten-, Berufsunfähigkeits-, Invaliditäts- oder Grundfähigkeitsversicherungen?
1.1.c. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wurden zu solchen Versicherungen in den letzten 5 Jahren Erschwerungen gefordert, Anträge abgelehnt oder zurückgestellt?
1.1.d. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Werden bestehende Absicherungen aufgehoben?
1.2.a. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wird beabsichtigt innerhalb der nächsten 12 Monate außerhalb der EU einen mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt anzutreten?
1.2.b. Wird eine der folgenden Sportarten ausgeübt? (Bitte den entsprechenden Fragebogen einreichen)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Motorsport (z. B. Motocross, Rallye, Rundstreckenrennen)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kampfsport (z. B. Boxen, Judo, Karate)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wassersport (z. B. Kajak, Kitesurfen, Segeln)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bergsport (z. B. Bergsteigen, Downhill, Klettern)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Flugsport (z. B. Fallschirmspringen, Paragliding, Segelflug)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tauchsport (z. B. Pressluft-, Apnoe-, Mischgastauchen)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Reitsport (z. B. Dressur, Military, Springreiten)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	gefährlicher berufliche Mannschaffssportarten (z. B. Rugby, Eishockey, American Football)
1.2.c. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Liegen berufliche Gefahren vor? (z. B. Umgang mit explosiven/radioaktiven/toxischen Stoffen oder mit Waffen, Sondereinsatz) - nicht zu beantworten für Studenten, Schüler und Hausfrauen

Näheres zu den Angaben zur Risikobeurteilung der VP bzw. VP 2, die mit "Ja" beantwortet wurden

zu Ziff. VP VP 2	zu Ziffern 1.1.a – d: Versicherungsunternehmen, Versicherungssumme/Jahresrente, Art der Versicherung, Grund der Erschwerung/Ablehnung/Zurückstellung (ggf. unterstreichen)
zu Ziff. VP VP 2	zu Ziffer 1.2.a: Wohin? Wann? Wie lange? Grund des Aufenthaltes?
zu Ziff. VP VP 2	zu Ziffer 1.2.b: Wie oft? Wo? Was genau? Nur Freizeitsport ohne Teilnahme an Wettbewerben?
zu Ziff. VP VP 2	zu Ziffer 1.2.c: Welche?

Weitere Informationen oder nähere Erläuterungen geben Sie bitte unter Angabe der Ziffer und der VP auf einem Beiblatt an.

Ein gesondertes Schreiben mit Seiten wird unterschrieben beigelegt.

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die Delta Direkt nach.

Die in den folgenden Gesundheitsfragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufstellung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung.

Angaben zum Gesundheitsrisiko der VP bzw. VP 2 Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. 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.

2.1. VP: Körpergröße in cm	VP: Gewicht in kg	VP 2: Körpergröße in cm	VP 2: Gewicht in kg
2.2. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Störungen, Krankheiten oder Beschwerden			
VP	VP 2		
2.2.a. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	des Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Bewusstlosigkeit, Venenentzündung, Krampfadern, Thrombose)?	
2.2.b. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	der Atmungsorgane (z. B. Heuschnupfen, Asthma bronchiale, chronische oder wiederholte Bronchitis, Lungenentzündung, berufsbedingte Atemwegsprobleme)?	
2.2.c. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	an Speiseröhre, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Magenschleimhautentzündung, chronische Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Hepatitis, Bauchspeicheldrüsenentzündung)?	
2.2.d. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	der Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane (z. B. Nierensteine, -koliken, Nierenentzündung, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostataentzündung oder -vergrößerung)?	
2.2.e. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	der Brustdrüse (z. B. knotige Veränderungen, Entzündungen)?	

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-AA4001/10.17/tz

2.2. f.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	des Stoffwechsels (z. B. erhöhte Blutzuckerwerte, Diabetes mellitus, Gicht, erhöhte Cholesterinwerte, Funktionsstörungen der Schilddrüse)?
2.2. g.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	in Form von Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Geschwülste, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Darmpolypen)?
2.2. h.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	in Form von Infektionskrankheiten, Tropenkrankheiten od. Vergiftungen (z. B. Tuberkulose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung)?
2.2. i.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	des Gehirns, Rückenmarks oder der Nerven (z. B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen, ärztlich behandelte Kopfschmerzen)?
2.2. j.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	der Psyche (z. B. ADHS, Angststörungen, Burn-out-Syndrom, Depression, Erschöpfungszustände, Essstörungen, psychosomatische Störungen, Schlafstörungen, Stress-Syndrom, Verhaltensauffälligkeiten, Legasthenie, Lernschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Sprachstörungen)?
2.3.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wurden im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen (wie z. B. Laboruntersuchungen, Röntgen, CT, Ultraschall, EKG, Magen-Darm-Spiegelung) innerhalb der letzten 5 Jahre kontroll- oder behandlungsbedürftige Ergebnisse festgestellt?
2.4.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente eingenommen?
2.5.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Werden derzeit oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Behandlungen von Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Masseuren durchgeführt?
2.6.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Werden derzeit oder wurden innerhalb der letzten 10 Jahre Behandlungen von Psychologen oder Psychotherapeuten durchgeführt?
2.7.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angeraten?
2.8.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fand innerhalb der letzten 10 Jahre wegen Alkoholkonsums eine ärztliche Beratung oder Behandlung statt?
2.9.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wurden innerhalb der letzten 10 Jahre Drogen konsumiert?
2.10.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie, Melanom), erfolgte ein Selbsttötungsversuch oder wurde eine HIV-Infektion (positiver Aids-Test) festgestellt?
Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in		
Welche/-r Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in ist über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt/Hausärztin)? Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung		VP 2

Näheres zu den Angaben zum Gesundheitsrisiko der VP bzw. VP 2, die mit "Ja" beantwortet wurden	
zu Ziff.	Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.
VP	Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.
	Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.
zu Ziff.	Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.
VP 2	Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.
	Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.
Weitere Ärzte/Ärztinnen bzw. Heilbehandler/-innen oder nähere Erläuterungen geben Sie bitte unter Angabe der Ziffer und der VP auf einem Beiblatt an.	
<input type="checkbox"/> Ein gesondertes Schreiben mit <input type="text"/> Seiten wird unterschrieben beigelegt.	
Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die Delta Direkt nach.	

Voranfrage	
Zu diesem Antrag wurde vorab eine Anfrage mit der Nr.	VP <input type="text"/> ¹ VP 2 <input type="text"/> ¹ gestellt. Bitte fügen Sie die Unterlagen zur Vervollständigung des Antrags bei.
Zu diesem Antrag wurde vorab eine telefonische Anfrage mit Frau/Herrn <input type="text"/>	besprochen.
¹ Ich bin damit einverstanden, dass die in der Voranfrage ggf. bekannt gegebenen Leistungsausschlüsse Vertragsinhalt werden.	

Schlusserklärung und Unterschriften	
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.	
Mir ist bekannt, dass die auf Seite 6 stehenden 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.	
Bitte reichen Sie unbedingt auch das Formular D-Z2041 "Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung" ein.	
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.	
Ort	Datum
Unterschrift Versicherungsnehmer/-in X	ggf. Firmenstempel
Unterschrift Versicherte Person/-en X	
Unterschrift gesetzliche Vertreter des/der Versicherungsnehmers/-in (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen)	
Unterschrift gesetzliche Vertreter der Versicherten Person/-en (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen)	
Erklärung des Vermittlers	
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/-en selbst ausgefüllt hat.	
Ort, Datum	Unterschrift Vermittler/-in X

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-AA4001/10.17/tz

<p>Hinweise für den gestellten Antrag</p> <p>Aufgabe bestehender Versicherungen Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den VN im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.</p> <p>Umtauschrecht Eine Risikoversicherung mit gleich bleibender Versicherungssumme kann spätestens bis zum Ende des zehnten Versicherungsjahrs und spätestens bis zum 65. Lebensjahr der Versicherten Person ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine kapitalbildende Lebensversicherung mit gleicher oder geringerer Versicherungssumme umgetauscht werden.</p> <p>Hinweis zu Rauchgewohnheiten Ich bin mir/wir sind uns bewusst, dass falsche Aussagen bezüglich meiner/unsere Lebensführungskriterien eine Anzeigepflichtverletzung darstellen und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Der Beginn des Rauchens während der Vertragslaufzeit ist der Delta Direkt unverzüglich anzuzeigen. Ich habe dann das Wahlrecht, entweder den bisherigen Beitrag weiter zu zahlen, während die Delta Direkt die Versicherungssumme entsprechend reduziert, oder die bisherige Versicherungssumme beizubehalten, während die Delta Direkt einen entsprechend höheren Beitrag berechnet. Bei Nichtanzeige und Eintritt des Leistungsfalls wird die Delta Direkt die Todesfallsumme dem gültigen Tarif unter Berücksichtigung der tatsächlichen Lebensführungskriterien entsprechend ab Versicherungsbeginn anpassen.</p> <p>Erklärungen des VN und der VP</p> <p>Überschussbeteiligung Die Überschussanteile ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen und können für die Folgejahre nicht garantiert werden.</p> <p>Beginn des Versicherungsschutzes und Fälligkeit des Beitrags 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.</p> <p>Vorläufiger Versicherungsschutz für ein Todesfallrisiko bei Unfall Bei Absicherung eines Todesfallrisikos gewährt die Delta Direkt 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 Delta Direkt 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. Die weiteren Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz bei Unfall in der Lebensversicherung.</p>

Versicherungsnehmer

zum Antrag vom

Versicherungsnummer (falls vorhanden)

D-Z2040/10.17/tz

Identifizierung bei einer Firma

Die juristische Person oder Personengesellschaft erteilt folgende Angaben:

Rechtsform

Registernummer soweit vorhanden (z. B. Handelsregisternummer)

Anschrift des Sitzes oder der Hauptniederlassung

Namen, Vornamen der Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter (bei mehr als fünf Vertretern sind die Angaben zu fünf Vertretern ausreichend):

1.	Name	Vorname
2.	Name	Vorname
3.	Name	Vorname
4.	Name	Vorname
5.	Name	Vorname

Ein aktueller Registereuszug oder gleichwertige Dokumente (z. B. Gründungsdokumente, Gesellschaftervertrag) sind als Anlage beigefügt.

Wirtschaftlich Berechtigter bei einer Firma
 Der VN ist eine Gesellschaft, wie z. B. eine GmbH, AG, KG, oHG oder GbR. Es gibt dort nachfolgend genannte natürliche Personen, die direkt oder indirekt mehr als 25 Prozent der Kapitalanteile halten oder mehr als 25 Prozent der Stimmrechte kontrollieren:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort

 Der VN ist eine rechtsfähige Stiftung oder Vermögensstreuher. Es gibt dort nachfolgend genannte natürliche Personen, die jeweils 25 Prozent oder mehr des Vermögens kontrollieren oder jeweils zu 25 Prozent oder mehr begünstigt sind:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort

 Der VN erklärt, dass keine Gesellschafter oder natürliche Personen vorhanden sind, die direkt oder indirekt mehr als 25 Prozent der Kapitalanteile halten oder mehr als 25 Prozent der Stimmrechte kontrollieren oder die 25 Prozent oder mehr des Vermögens kontrollieren oder jeweils zu 25 Prozent oder mehr begünstigt sind.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer/-in X	Unterschrift Vermittler/-in X
------------	--	---

Name, Vorname des/der Versicherungsnehmers/-in

zum Antrag vom

Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-Z2041/10.17/tz

Einwilligungserklärung zur werblichen Kontaktaufnahme 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.

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.

Ihren Widerruf richten Sie bitte an die in der Fußzeile des Antrags angegebene Adresse.

* 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.

Telefon (wie unter Punkt "Versicherungsnehmer/-in" angegeben)

E-Mail Adresse:

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Delta Direkt daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Delta Direkt Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die Delta Direkt 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 Delta Direkt 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 Delta Direkt selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Delta Direkt (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 Delta Direkt

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

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Delta Direkt 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 Delta Direkt 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 VP 2 Ich willige ein, dass die Delta Direkt – 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 Delta Direkt übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Delta Direkt an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Delta Direkt 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 VP 2 Ich wünsche, dass mich die Delta Direkt 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 Delta Direkt einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Delta Direkt 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 Delta Direkt 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.

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-Z2041/10.17/tz

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 Delta Direkt 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 VP 2 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 VP 2 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 Delta Direkt

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

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

Die Delta Direkt 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 Delta Direkt Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Delta Direkt führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Delta Direkt 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.delta-direkt.de/datenschutz.php> eingesehen oder bei Delta Direkt Lebensversicherung AG München, Ottostrasse 16, 80333 München, Telefon 089/55 22 50-11 30 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Delta Direkt Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Delta Direkt 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 Delta Direkt 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.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Delta Direkt 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 Delta Direkt 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 Delta Direkt 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 Delta Direkt 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 Delta Direkt 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 Delta Direkt 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 Leistungsfall einschätzung 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 Delta Direkt an das HIS melden. Die Delta Direkt 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 Delta Direkt Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die Delta Direkt 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 Delta Direkt 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 Delta Direkt 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.

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-Z2041/10.17/tz

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

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

Ich willige ein, dass die Delta Direkt 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 Auskunfteien, an die allgemeine personenbezogene Daten (z. B. Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum) übermittelt werden. Darauf kann die Auskunftei 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 Delta Direkt für die Beurteilung der zu versichernden Risiken, bei Antragstellung, bei Vertragsbearbeitung und im Rahmen der Leistungsprüfung Informationen über mein Zahlungsverhalten von einer Auskunftei (z. B. Creditreform, Bürgel, Infoscore, Arvato) einholt und nutzt und hierzu auch meine allgemeinen personenbezogenen Daten an die Auskunftei übermittelt.

Unterschriften zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

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

Liste der externen Dienstleister als Anlage zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

Dienstleister	Übertragene Aufgaben
Computershare Communication Services GmbH, Hansastraße 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
Gutachter und Sachverständige (Ärzte und Psychologen)	Erstellung von Gutachten, Untersuchungen, Beratungsleistung zu Rehabilitationsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten
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.
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
Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München	Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung der Versicherungsverhältnisse (z. B. Risiko- und Leistungsprüfung, Vertragsverwaltung, Kundenservice)

Name, Vorname des/der Versicherungsnehmers/-in

zum Antrag vom

Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-Z2042/10.17/tz

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 Delta Direkt 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 Delta Direkt generell von der Schweigepflicht entbinden, so werden Sie von der Delta Direkt 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 Delta Direkt 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 Delta Direkt 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 Delta Direkt Lebensversicherung AG München, Ottostrasse 16, 80333 München widerrufen.

Bitte ausfüllen:

Ich willige ein, dass die Delta Direkt – 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 Delta Direkt übermittelt werden.

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

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