

Antrag auf eine Barmenia SoloBU oder Barmenia PreRisk

BD/MD	Vermittler-Nr.	Registernummer	Versicherungsnummer	Antragsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Im Rahmen der Antragsaufnahme bitten wir Sie, einige Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind Grundlage für die weitere Bearbeitung des Antrages und werden auch Bestandteil des angestrebten Versicherungsvertrages. Mit Ihren Antworten tragen Sie in bedeutendem Maße dazu bei, uns die Beurteilung des Versicherungsrisikos zu ermöglichen.

Wichtig ist dabei die Angabe aller Ihnen bekannten Gefahrumstände. Wir fragen Sie daher nach allen Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Dazu zählen z. B. Ihre berufliche Situation, die Ausübung von sportlichen Aktivitäten, Ihre persönliche medizinische Vorgeschichte und Ihr aktueller Gesundheitszustand.

Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns vor Vertragsabschluss alle Ihnen bekannten Umstände sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Auf diesem Wege erreichen Sie einen individuell auf Sie abgestellten und wirksamen Versicherungsschutz.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder dass später Vertragsanpassungen - auch rückwirkend - notwendig werden. Wir möchten dies gerne vermeiden, müssten aber bei Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht im Interesse der anderen Versicherten von rechtlichen Maßnahmen wie z. B. Rücktritt vom Vertrag oder Anfechtung des Vertrages oder auch Verweigerung der beantragten Leistung Gebrauch machen. Beachten Sie hierzu die "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht". Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei.

1. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Herr	Frau	Firma	Name, Vorname, Titel	Geburtsdatum	Staatsang.	ledig	verh.	gesch.	verw.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer				private Telefon-Nr. *)	geschäftl. Telefon-Nr. *)				
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Postleitzahl	Wohnort			E-Mail *)					
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>					
derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)				persönliche Identifikationsnummer (Steuer-ID)*					
<input type="text"/>				<input type="text"/>					

*) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen

Berufsstellung: (Bitte Ziffer eintragen) 1 = Selbstständiger 2 = Beamter 3 = Arbeitnehmer fr. Wirtsch. 4 = Arbeitnehmer ö. D. 5 = in Ausbildung 6 = Hausfrau/-mann 7 = Rentner

2. Zu versichernde Person (Nur ausfüllen, wenn diese nicht gleichzeitig Antragsteller ist.)

männl.	weibl.	Name, Vorname, Titel	Staatsang.	Verw.-Verh. z. Antragsteller		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Eheg.	Kind	Sonstiges
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Geburtsdatum	derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)		Berufsstellung	persönliche Identifikationsnummer (Steuer-ID)*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> (Ziffer siehe oben)	<input type="text"/>		

*) Freiwillige Angabe, die bei der Bearbeitung weiterhilft

3. Rechtsnachfolge bei Tod des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Sofern der Versicherungsnehmer (Antragsteller) gegenüber der Barmenia Lebensversicherung a. G. nichts anderes bestimmt, soll im Falle seines Todes während der Vertragsdauer die zu versichernde Person als neuer Versicherungsnehmer den Vertrag fortsetzen.

4. Beantragte Versicherung

4.1 Versicherungsbeginn

Die Angaben unter Ziffer 4 entfallen, wenn hier auf einen Vorschlag Bezug genommen wird.

Die unter Ziffer 4 erforderlichen technischen Daten ergeben sich aus dem beiliegenden Vorschlag mit der Nummer:

4.2 Barmenia SoloBU

mit Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit

monatliche Rente EUR	Berufsgruppe	Ablauf der Versicherung	Karenzeit im Leistungsfall (Monate)	Ablauf der Leistungsdauer	garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall (%)	Übergangshilfe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

4.3 Barmenia PreRisk

Versicherungssumme EUR Risikogruppe Ablauf der Versicherung

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Barmenia StarBUZ)

Berufsgruppe Ablauf der Versicherung

4.4 Zahlungsweise und Höhe des Beitrages (Gebühren werden nicht erhoben):

jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich Beitrag EUR Beitrag EUR, netto, zz.

konstanter Beitrag? ja nein (bei "nein" ändert sich der Beitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres gemäß gesonderter Beitragstabelle)

4.5 Dynamik (nur bei konstantem Beitrag): Der Beitrag und die Versicherungsleistung erhöhen sich jährlich gemäß den Besonderen Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

konstant ohne Dyn.
 %

5. SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Barmenia Lebensversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Gläubiger-ID: DE12ZZZ00000010326

Erklärung des Kontoinhabers: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt nur für die beantragte Versicherung. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Barmenia versendet spätestens 5 Tage vor dem ersten Abruf eine Mitteilung über Abbuchungsbetrag, Fälligkeitstermine und Mandatsreferenznummer.

IBAN Bankleitzahl Konto-Nr. (max. 10 Stellen) Name des Kreditinstitutes

Kontoinhaber: Antragsteller oder folgende Person: Vor- und Nachname, Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort Unterschrift des Kontoinhabers

6. Identifizierung - nur bei Beantragung einer Barmenia PreRisk (vollständig durch den Vermittler auszufüllen)

Beitragsabruf

Die Überprüfung der angegebenen Kontodaten er- nein ja Bei abweichendem Beitragszahler füllen Sie bitte im Formular "Identifizierungsnachweis nach dem Geldwäschegesetz" (L2136) den Abschnitt "Informationen zum abweichenden Beitragszahler" aus.

Identifizierung

- Der Antragsteller ist eine natürliche Person (auch z. B. Einzelkaufmann).
 Hiermit bestätige ich, dass die Ausweisdaten den Angaben zur Person im Antrag entsprechen. **Die Kopie des Ausweisdokumentes ist beizufügen.**
 Gültige Ausweisdokumente sind z. B.: Personalausweis, Reisepass, vorläufige Ausweise, sowie für Nichtdeutsche außerdem amtliche Dokumente wie z. B. Passersatzpapier nach dem Freizügigkeits- oder Aufenthaltsgesetz, Bescheinigung über einen Aufenthaltstitel.
- Der Antragsteller ist eine juristische Person (z. B. AG, GmbH, KG, OHG, UG, e. V.). Bitte füllen Sie im Formular "Identifizierungsnachweis nach dem Geldwäschegesetz" (L2136) den entsprechenden Abschnitt zur Identifizierung einer juristischen Person aus.

Angaben zum wirtschaftlich Berechtigten

Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung. Name, Vorname Geburtsdatum

Der Antragsteller handelt auf Veranlassung folgender Person:

Bitte füllen Sie im Formular "Identifizierungsnachweis nach dem Geldwäschegesetz" (L2136) die Angaben zum wirtschaftlichen Berechtigten aus.

Frage nach politisch exponierten Personen

Politisch exponierte Personen (PEP) sind diejenigen natürlichen Personen, die wichtige öffentliche Ämter auf Staatsebene ausüben oder ausgeübt haben (z. B. Botschafter, Mitglieder in wichtigen staatlichen Organen wie obersten Gerichten, Rechnungshöfen, aber auch in Führungsorganen von staatlichen Unternehmen), deren unmittelbare Familienmitglieder oder ihnen bekanntermaßen nahestehende Personen.

- Keine der im Antrag genannten Personen - einschl. wirtschaftlich Berechtigte oder Bezugsberechtigte - ist eine politisch exponierte Person.
- Mindestens eine der im Antrag aufgeführten Personen erfüllt die PEP-Eigenschaft. Bitte füllen Sie für die betroffene/n Person/en jeweils einen PEP-Fragebogen (L3516) aus. Unterschrift des Vermittlers:

7. Empfänger der Versicherungsleistungen

Im **Todesfall** der versicherten Person ist der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner bezugsberechtigt. Falls eine andere Person bezugsberechtigt sein soll, ist sie hier anzugeben:

Im **Erlebensfall** der versicherten Person ist bezugsberechtigt:

Name, Vorname, Geburtsdatum, anderer Geburtsname Name, Vorname, Geburtsdatum, anderer Geburtsname

8. Besondere Vereinbarungen (Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich)

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen (z. B. über Hypothekenbeschaffung) abhängig? nein ja , und zwar von:

9. Fragen an die zu versichernde Person

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen (siehe "Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht" auf Seite 1).

9.1 Allgemeine Fragen

- a) Sind Sie durch Beruf, Sport oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. energiereichen Strahlen, Sprengstoff, Chemikalien, Tauchen, Bergsteigen, Fallschirmspringen, Wettfahrten, Rennsport, Privat- oder Sportflüge, Drachen- bzw. Gleitschirmflüge, Kampfsportarten, Extremsportarten, Motorrad fahren? nein ja
- b) Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten zwölf Monate länger als drei Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? Wenn ja, wohin? Wie lange? nein ja

Falls bei a) oder b) ja, Einzelheiten:

- c) Sind bei der Barmenia oder anderen Unternehmen Versicherungen auf Ihr Leben bzw. für den Fall Ihrer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit abgeschlossen oder beantragt worden? nein ja
 Versicherungssumme insgesamt EUR
 Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente insgesamt jährlich EUR

9.2 Fragen zur beruflichen Situation (nicht erforderlich, wenn unter Punkt 4 auf einen Vorschlag Bezug genommen wird)

- a) Zu wie viel Prozent üben Sie eine Innendiensttätigkeit mit z. B. kaufmännischen Aufgaben oder Büro-, Planungs-, Entwicklungs-, Beratungs- oder Verwaltungsarbeiten aus? %
- b) Wie hoch ist bei Ihrer Tätigkeit der Anteil belastender Einflüsse z. B. durch körperliche Arbeit, Schicht- oder Wechseldienst, Nachtarbeit oder Fahrtätigkeit? %
- c) Wie viele fest angestellte Voll- bzw. Teilzeitmitarbeiter (nicht: geringfügig Beschäftigte) führen Sie als Vorgesetzter?
- d) Bitte geben Sie Ihren höchsten Ausbildungsabschluss an: abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule
 beruflicher Abschluss als Techniker/Meister oder an einer Fachschule Abschluss eines staatlich anerkannten Ausbildungsberufs
 schulischer Abschluss keinen

9.3 Fragen zu Einkommen/Einnahmen (nur bei Beantragung eines Berufsunfähigkeitszuschutzes)

Wie hoch ist Ihr jährliches Bruttoeinkommen/Ihr jährlicher Gewinn vor Steuern im Durchschnitt der vergangenen drei Jahre? EUR

10. Gesundheitsfragen an die zu versichernde Person

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen (siehe "Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht" auf Seite 1). Bitte nennen Sie uns die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen oder beschreiben Sie Ihr vorhandenes Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Wichtig ist dabei, dass Sie alle Ihnen bekannten Gefahrumstände angeben, auch die, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die aus Ihrer Sicht noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Nachfolgend nennen wir Ihnen zu jedem Fragebereich in Klammern aufgeführte Beispiele, die Ihnen Ihre Antworten erleichtern sollen. Bitte beachten Sie, dass diese Beispiele nicht vollständig alle möglichen Krankheitsbegriffe aus dem jeweiligen Fragebereich umfassen, d. h. die Beispiele stellen keine abschließende Aufzählung dar. Evtl. durchgeführte Gentests müssen erst ab einer Leistung von mehr als 300.000,- EUR (Lebensversicherung) bzw. einer jährlichen Rente für den Fall der Berufsunfähigkeit von mehr als 30.000,- EUR offengelegt werden (siehe Hinweise auf Seite 6).

- 10.1 Körpergröße cm und Körpergewicht kg
- 10.2 Bestehen derzeit körperliche oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Folgen von Unfällen, Krankheiten oder Verletzungen; Amputationen)? nein ja
- 10.3 Besteht derzeit eine anerkannte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), eine Behinderteneigenschaft (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? nein ja
- 10.4 Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion, Hepatitis B oder Hepatitis C? nein ja
- 10.5 Erfolgt in den letzten fünf Jahren Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen (ärztliche, psychologische/ psychotherapeutische, physiotherapeutische / krankengymnastische, heilkundliche) wegen:
- a) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depression, Essstörung, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Lähmungen, ärztlich behandelte Migräne, Burn-Out-Syndrom)? nein ja
- b) der Augen (z. B. Schielen, Fehlsichtigkeit [mit Dioptrienwerten], Grauer Star, Grüner Star, Hornhauterkrankungen)? nein ja
- c) der Ohren (z. B. Hörsturz, Schwerhörigkeit, Mittelohrentzündung, Ohrensausen [Tinnitus])? nein ja
- d) des Stoffwechsels oder der Schilddrüse (z. B. Zuckerkrankheit, behandlungsbedürftige Fettstoffwechselstörung, Über-, Unterfunktion der Schilddrüse)? nein ja
- e) des Herzens oder des Kreislaufs (z. B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenleiden)? nein ja
- f) der Atmungsorgane (z. B. Asthma, Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Heuschnupfen)? nein ja
- g) der Verdauungsorgane (z. B. Sodbrennen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Darmentzündung, Gastritis, Leberentzündung, Magengeschwür)? nein ja
- h) der Harn- oder Geschlechtsorgane (z. B. Nierensteine, Blut/Eiweiß im Urin, Zystenniere, Nierenentzündungen)? nein ja
- i) entzündliche Gelenks- oder Bindegeweberkrankungen (z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Morbus Bechterew)? nein ja
- j) des Rückens (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Wirbelsäulenverkrümmung)? nein ja
- k) der Knochen oder Gelenke (z. B. Meniskusschaden, Bänderverletzung, Hüftfehlstellung)? nein ja
- l) der Haut (z. B. Schuppenflechte, Ekzem, Neurodermitis, Melanom)? nein ja
- m) Allergien (z. B. Kontaktallergie, Hausstaub, Lebensmittelallergie)? nein ja
- n) Blut oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie, Blutarmut, Gerinnungsstörungen)? nein ja
- o) Infektionskrankheiten (z. B. Leberentzündung, Geschlechtskrankheit, Tuberkulose, Malaria)? nein ja
- 10.6 Werden Ihnen derzeit wegen der unter 10.5 a) bis o) genannten Erkrankungen Medikamente verordnet? Falls ja, welche? nein ja
- 10.7 Haben in den letzten zehn Jahren stationäre Krankenhaus-, Rehabilitations- oder Kuraufenthalte stattgefunden oder sind solche für die nächsten zwölf Monate ärztlich angeraten oder beabsichtigt? nein ja
- 10.8 Nehmen oder nahmen Sie in den letzten fünf Jahren Drogen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie deswegen oder wegen der Folgen von Alkoholgenuß beraten oder behandelt? nein ja

Zusätzliche Frage zum Nikotinkonsum (nur bei Barmenia PreRisk)

- 10.9 Sind Sie Nichtraucher (Nichtraucher ist, wer in den vergangenen zwölf Monaten vor Antragstellung Nikotin weder durch den Genuss von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife, Kautabak noch in anderer Form (z. B. das Konsumieren von Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigaretten oder E-Pfeifen) aktiv zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.)? **Bitte beachten Sie zu Ihren Anzeigepflichten den "Wichtigen Hinweis zum Nikotinkonsum der versicherten Person bei einer Risikoversicherung", den Sie auf Seite 6 unter den Hinweisen finden.** nein ja

Geben Sie hier bitte Einzelheiten zu den Fragen 10.2 bis 10.8 an, die mit "ja" beantwortet sind.

Frage Nr.	Krankheiten, Beschwerden, Medikamente usw.; MdE, GdB und WDB in %, sonstige Einzelheiten (z. B. Untersuchungsergebnisse)	seit wann von - bis	Operation nein ja	Namen und Anschriften der Ärzte, Krankenhäuser usw.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus oder möchten Sie weitere Erklärungen abgeben, so verwenden Sie ein gesondertes Blatt als Anlage zum Antrag, auf dem Sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer Ihre Angaben vornehmen. Kreuzen Sie das nebenstehende Feld an.

Falls der Antragsteller oder die zu versichernde Person gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, sind diese gegenüber dem Versicherer unmittelbar schriftlich nachzuholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von drei Tagen nach Antragstellung erfolgen. Das nebenstehende Feld ist in diesem Fall anzukreuzen.

Welcher Arzt kann über die Gesundheitsverhältnisse Auskunft geben?

Name und Anschrift

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 6 die "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" und die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person. Lesen Sie bitte zudem die untenstehende gesamte "Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung". Diese betrifft den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten und enthält die folgenden Einwilligungstatbestände: 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten und genetischen Daten durch die Barmenia Lebensversicherung a. G., 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Lebensversicherung a. G. sowie 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt.

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift geben Sie sowie die mitunterzeichnende zu versichernde Person die besagten Einwilligungserklärungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen ab. Zudem stimmen Sie mit Ihrer Unterschrift zu, dass – rechtzeitige Beitragszahlung vorausgesetzt – der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, soweit kein späterer Versicherungsbeginn vereinbart ist.

Unterschriften

Datum

Antragsteller

Zu versichernde Person, falls nicht gleichzeitig Antragsteller

Hiermit erkläre ich, dass die am Antrag beteiligten Personen die Unterschrift in meiner Gegenwart eigenhändig geleistet haben.
Antragsvermittler / Telefon

Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller / zu versichernde Person minderjährig sind

X

Mit nachfolgender Unterschrift bestätige ich, dass ich die "Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung" erhalten habe. Ich habe diese auch zur Kenntnis genommen.

Unterschriften

Datum

Antragsteller

Zu versichernde Person, falls nicht gleichzeitig Antragsteller

Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller / zu versichernde Person minderjährig sind

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Sofern beim Abschluss einer Lebensversicherung oder einer Berufsunfähigkeitsversicherung eine Versicherungsleistung von mehr als 300.000 EUR oder eine Jahresrente von mehr als 30.000 EUR vereinbart werden soll, ist die Barmenia Lebensversicherung a. G. nach dem Gesetz befugt, Ergebnisse oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen, entgegenzunehmen und zu verwenden. Auch für die Erhebung und Nutzung genetischer Daten im Falle vorgenannter Vertragsinhalte ist Ihre Einwilligung erforderlich.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung der Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen zu den Gesundheitsdaten und nach § 203 StGB geschützten Daten betreffen den Umgang mit diesen Daten

- durch die Barmenia Lebensversicherung a. G. selbst (siehe unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Lebensversicherung a. G. (siehe unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zu Stande 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 und genetischen Daten durch die Barmenia Lebensversicherung a. G.

Ich willige ein, dass die Barmenia Lebensversicherung a. G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist. Zudem erkläre ich meine Einwilligung zur Erhebung, Speicherung und Verwendung der von mir durch Einreichung von Unterlagen über eine vorgenommene genetische Untersuchung mitgeteilten genetischen Daten, sofern im Rahmen einer Lebensversicherung oder einer Berufsunfähigkeitsversicherung eine Versicherungsleistung in der oben genannten Höhe vereinbart wird.

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 Barmenia Lebensversicherung a. G. 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.

Soweit eine solche Überprüfung erforderlich ist, wird die Barmenia Lebensversicherung a. G. von Ihnen im Einzelfall eine Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindungserklärung für sich und die befragten Stellen einholen oder Ihnen wahlweise die Möglichkeit einräumen, die erforderlichen Unterlagen selbst beizubringen.

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 Barmenia Lebensversicherung a. G. 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. Dazu erkläre ich:

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Barmenia Lebensversicherung a. G. – soweit es für die Leistungsfallprüfung bzw. eine erneute Antragsprüfung 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 Barmenia Lebensversicherung a. G. übermittelt werden.

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

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Lebensversicherung a. G.

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

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

Die Barmenia Lebensversicherung a. G. führt im Einzelfall 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 Barmenia-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Barmenia Lebensversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Barmenia Lebensversicherung a. G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Barmenia Lebensversicherung a. G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.datenschutz.barmenia.de eingesehen oder bei der Barmenia Lebensversicherung a. G., Abt. Kundenbetreuung, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefon: 0202 438-2250, E-Mail: info@barmenia.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Barmenia Lebensversicherung a. G. Ihre Einwilligung.

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

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Barmenia Lebensversicherung a. G. 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 Barmenia Lebensversicherung a. G. 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 zu Stande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zu Stande, speichert die Barmenia Lebensversicherung a. G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der Barmenia Lebensversicherung a. G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Anlage: Liste zu 3.2

Barmenia-Unternehmen, die gemeinsame Verarbeitungsverfahren für Kundendaten nutzen	
<ul style="list-style-type: none"> • Barmenia Versicherungen a. G. • Barmenia Krankenversicherung AG • Barmenia Lebensversicherung a. G. • Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG 	
Auftragnehmer	Verarbeitung/Zweck
Barmenia Krankenversicherung AG	Vertriebssteuerung und Generalvertreter
IT-Dienstleister	Bereitstellung, Wartung und Pflege von Hard- und Software
Ärzte	Beratung, Erstellung von Gutachten, Gutachtenprüfung
Marketingagenturen/Marketingprovider	Marketingaktionen, Vertriebsunterstützung
Rechtsanwälte, Sachverständige, Gutachter	Leistungsbearbeitung
Entsorger	Vernichtung vertraulicher Daten (Papier und elektronische Datenträger)
Assistancegesellschaften	Unterstützung bei der Prüfung der Leistungspflicht

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

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 Barmenia Lebensversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal 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.

Die versicherte Person ist – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie oder die versicherte Person 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 oder die versicherte Person 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 ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im

Falle einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung werden wir von dem Kündigungsrecht keinen Gebrauch machen. Im Falle der Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung nach den Bestimmungen zur Beitragsfreistellung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen um.

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 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 Vertragsbestandteil. Im Falle einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung werden wir keine Vertragsänderung verlangen. Haben Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsticherung 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 drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Person.

Versicherungsbedingungen

Für die Versicherung gelten die für die beantragten Tarife gültigen Versicherungsbedingungen, die mir rechtzeitig vor Antragstellung, auf Wunsch auch erst mit dem Versicherungsschein, überlassen werden.

Einwilligung zur Weitergabe der Daten im Falle der Ablehnung des beantragten Berufsunfähigkeitsschutzes

Ferner willige ich ein, dass meine im Rahmen der Antragstellung erhobenen personenbezogenen Daten einschließlich der Gesundheitsdaten im Falle der Ablehnung des beantragten Berufsunfähigkeitsschutzes an die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG oder an ein von dieser mit der Erstellung von Angeboten über eine Rentenversicherung bei Invalidität und verschiedenartigen Gesundheitsbeeinträchtigungen beauftragtes Unternehmen (Dienstleister) innerhalb oder außerhalb der Barmenia-Gruppe weitergegeben und vom Empfänger zur Erstellung eines entsprechenden Vertragsangebotes genutzt werden dürfen.

Datenübermittlung im Falle einer Antragseinreichung über Maklerpools

Maklerpools sind Vermittlungsunternehmen, die einen Versicherungsmakler u. a. bei der Antragstellungsabwicklung und bei der Betreuung von Versicherungsverträgen unterstützen. Sofern Ihr Antrag über einen Maklerpool der Barmenia Lebensversicherung a. G. eingereicht wird, informiert Sie darüber Ihr Versicherungsmakler und der betreffende Maklerpool wird in diesem Antrag vermerkt.

Für die Weitergabe Ihrer zu Vermittlungs- und Betreuungszwecken erhobenen Daten an den Maklerpool und auch für die Datenweitergabe von der Barmenia Lebensversicherung a. G. an einen Maklerpool wird Ihr Einverständnis benötigt.

Ich willige ein, dass die Barmenia Lebensversicherung a. G. meine Daten bzw. Daten aus meinem Versicherungsvertrag soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken notwendig ist, an den vermerkten Maklerpool weitergibt. Insofern entbinde ich die Mitarbeiter der Barmenia Lebensversicherung a. G. von ihrer Schweigepflicht.

Hinweise

Durchschrift/Kopie des Antrages

Eine Durchschrift/Kopie des Versicherungsantrages wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrages sofort ausgehändigt.

Weitergabe Datenschutzinformationen

Bitte händigen Sie allen weiteren in diesem Antrag namentlich genannten Personen (z. B. versicherten Personen, Dritte als Beitragszahler) die angehängten „Hinweise zum Datenschutz“ aus.

Wichtiger Hinweis zum Nikotinkonsum der zu versichernden Person bei einer Risikoversicherung

Ändert die zu versichernde Person ihren Nichtraucherstatus nach Vertragsabschluss, verpflichte ich mich, diese Gefahrerhöhung der Barmenia Lebensversicherung a. G. unverzüglich schriftlich mitzuteilen, damit die Versicherung in die entsprechende Risikogruppe mit dem dann dafür erforderlichen Beitrag umgestellt werden kann. Die Verletzung dieser vorgenannten Pflicht zur unverzüglichen Mitteilung der Beendigung des Nichtraucherstatus kann zur Kündigung des Vertrages durch den Versicherer und die vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung dieser Mitteilungspflicht zudem zur vollständigen oder teilweisen Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Informationen zu genetischen Untersuchungen

Weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages verlangen wir die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen. Erst ab einer Leistung von mehr als 300.000,- EUR (Lebensversicherung) oder mehr als 30.000,- EUR (jährliche Rente für den Fall der Berufsunfähigkeit) dürfen wir von Ihnen die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden. Über bestehende Erkrankungen und über Vorerkrankungen ist uns im Rahmen Ihrer Kenntnisse uneingeschränkt immer Auskunft zu geben, wenn wir Sie nach diesen für uns erheblichen Gefahrumständen gefragt haben, und zwar unabhängig davon, wie diese Erkrankungen diagnostiziert worden sind und welche Leistungshöhe beantragt wird.

Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung, bei einer Versicherung mit ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tag der Untersuchung. Der Versicherungsvertrag kommt zu Stande, wenn ich den Versicherungsschein oder eine sonstige Annahmeerklärung innerhalb der Annahmefrist erhalte. Unter der Voraussetzung der rechtzeitigen Beitragszahlung besteht dann von dem im Versicherungsschein bezeichneten Tag des Versicherungsbeginns an Versicherungsschutz.

Mitteilung an andere Stellen

Der Versicherer ist verpflichtet, der zentralen Stelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) alle Rentenzahlungen und verschiedene Kapitalauszahlungen sowie die dazugehörigen Daten des Leistungsempfängers zu übermitteln (§ 22a Abs. 1 Einkommensteuergesetz).

Aufgabe bestehender Versicherungen

Eine bestehende Versicherung aufzugeben und dafür eine neue Versicherung abzuschließen, ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108,
53117 Bonn, www.bafin.de

Ombudsmann

Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin,
www.versicherungsombudsmann.de

Sicherungsfonds für die Lebensversicherung

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstr. 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Barmenia Lebensversicherung a. G. gehört dem Sicherungsfonds an.