

## Versicherungsantrag auf Abschluss einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung

Beantragter Versicherungsbeginn

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wird von der Advigon ausgefüllt:

VE	Personen-Nr. (Vers.-Nr.)	Abschlussverm. AD-Nr.	Bestandsbetr. AD-Nr.	Kunden-Nr.	ADBUAT1 01.23 PDF A 002975-081-000290
					AD-Versand <input type="checkbox"/> ja

**Antragsteller** (mindestens 18 Jahre)

Herr  Frau

Name \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Zustellergänzung \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ **DEUTSCHLAND**

Telefon\* (privat) \_\_\_\_\_ Telefon\* (geschäftlich) \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_

Familienstand\*  ledig  verheiratet  eingetragene Partnerschaft  eheähnliche Gemeinschaft  geschieden  verwitwet

**Zu versichernde Person**

Herr  Frau

Name \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Zustellergänzung \_\_\_\_\_

Derzeitige berufliche Tätigkeit (Haupt- und Nebenberuf) \_\_\_\_\_ Berufsschlüssel \_\_\_\_\_  
Status (siehe Seite 7) \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ (bei Status 3) \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

### Konto für Beitragszahlung

**Inkasso** Der Beitrag soll bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:

**Mandat für SEPA-Basislastschriften** für  wiederkehrende Zahlungen  einmalige Zahlung

abweichender Beitragszahler (Beitragszahler nicht Antragsteller). Wenn der Antragsteller nicht der Beitragszahler ist, muss das Formular RW 015 (Mandatserteilung für abweichende Beitragszahler) ausgefüllt werden.

Ihre IBAN finden Sie auf Ihrer Bankkarte (die deutsche IBAN besteht inkl. Länderkennzeichen aus 22 Stellen)

z.B. DE Prüzfziffer BLZ Konto.Nr.

IBAN \_\_\_\_\_

Datum ~~X~~ 1. Unterschrift des Antragstellers ~~X~~

**SEPA Mandatserteilung** (Inhalt siehe Schlusserklärungen)

### Produktmerkmale

**Tarif** Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung nach Tarif ABU Generation \_\_\_\_\_  Einsteigeroption (verminderte Anfangsbeiträge)

**Technische Daten**

Beitragszahlung bis zum \_\_\_\_\_  
Risikodauer bis zum \_\_\_\_\_  
Leistungsdauer bis zum \_\_\_\_\_

Garantierte Rente \_\_\_\_\_ EUR Rentenzahlweise  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Dauer der Karenzzeit \_\_\_\_\_ Monate Ist keine Dauer eingetragen, wird keine Karenzzeit beantragt.

**Überschussverwendung** In der Anwartschaft  Beitragsverrechnung  Sofortbonus

**Bezugsrecht** Im Erlebensfall ist der Versicherungsnehmer bezugsberechtigtes Person. Nur falls eine andere Person gewünscht ist, bitte die folgenden Felder ausfüllen:

Herr  Frau

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Zustellergänzung \_\_\_\_\_

**Dynamik**

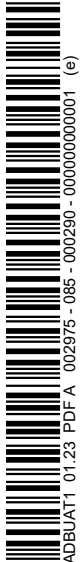
**Beitragsdynamik** Jährliche Beitragserhöhung um 3 % gewünscht?  ja  nein Wurde kein Eintrag vorgenommen, erfolgt keine Erhöhung.

**Leistungsdynamik** Garantierte Rentenanpassung um 2 % gewünscht?  ja  nein

**Beitrag**

**Gesamtbeitrag** gemäß Zahlweise \_\_\_\_\_ EUR **Zahlbeitrag** gemäß Zahlweise \_\_\_\_\_ EUR (nach Beitragsverrechnung von Überschüssen; nicht garantiert)

Beitragszahlweise  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  einmalig



\* Diese Angaben sind freiwillig

**Risiko- und Gesundheitsfragen an die zu versichernde Person**

**Erläuterungen zur Beantwortung der nachstehenden Fragen**

Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie Ihr jeweiliges Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.  
 Der Vertragsschluss ist nicht von der Durchführung eines genetischen Test abhängig. Nur wenn Ihnen ein solcher Befund bereits vorliegt und Sie einen Antrag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung mit mehr als 30.000 EUR Jahresrente einreichen, müssen Sie uns diese Ergebnisse der bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen mitteilen.  
 Die Rückfragezeiträume können bei den Gesundheitsfragen mehrere Jahre betragen. Uns ist bewusst, dass es für Sie schwierig werden kann, über solche Zeiträume Aussagen zu treffen. Sollten Sie unsicher sein, empfehlen wir Ihnen, sich vor Beantwortung der Fragen – z. B. bei Ihrem behandelnden Arzt oder Therapeuten – über die jeweilige Gesundheitslage genau zu informieren. Sie können uns so behilflich sein, schnell und kostengünstig über Ihren Antrag zu entscheiden, damit Sie so rasch wie möglich den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz bekommen.  
 Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele für die uns wichtigen Angaben, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Die Beispiele umfassen dabei nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem jeweiligen Antwortbereich.  
 Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.

**Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht**

**Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zu einem Rücktritt oder zu einer Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsänderung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ihnen gesondert ausgehändigte "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" (VVG = Versicherungsvertragsgesetz). Den Inhalt dieser Mitteilung können Sie zusätzlich den Seiten 8 und 9 der Ihnen überreichten Verbraucherinformation entnehmen.**

**1. Frage zu weiteren Versicherungen**  
 Wenn ja, bitte nähere Angaben (Gesellschaft, Höhe der versicherten Rente, Jahr, Vertrag aktiv?) machen und ob diese Anträge nur mit Erschwernissen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt wurden.

	Ja	Nein
Bestehen für Sie weitere Versicherungen auf Ihr Leben, auf Berufsunfähigkeit / Dienstunfähigkeit, auf Erwerbsunfähigkeit bzw. auf den Pflegefall, oder haben Sie solche in den letzten 5 Jahren beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Fragen zu besonderen Gefahren**  
 Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter Punkt 2.1 bis 2.2 bejahen, bitte unten nähere Angaben bzw. entsprechenden Zusatzfragebogen einreichen.

	Ja	Nein
2.1 Sind Sie besonderen Gefahren <b>im Beruf</b> (z. B. durch Umgang mit Chemikalien, radioaktiven, explosiven, toxischen oder infektiösen Stoffen, durch Aufenthalte in Krisengebieten), <b>bei Sport oder Hobby</b> (z. B. durch Ausübung von Kampfsport, Auto- / Motorradsport, Flug- / Luftsport, Bergsport, Reitsport, Tauchen, Wildwassersport, Rugby oder Teilnahme an Wettbewerben) ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Planen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 3 Monate außerhalb der EU aufzuhalten? Wenn ja, bitte Ort, Dauer und Grund des Auslandsaufenthaltes angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Frage:		
2.1		
2.2		

**3. Fragen zu beruflichen Tätigkeiten**

3.1	Welche Tätigkeiten üben Sie im Detail aus?	<input type="checkbox"/> Bürotätigkeit zu _____% <input type="checkbox"/> Aufsichtsführende/leitende Tätigkeiten zu _____% _____ Anzahl der festen Mitarbeiter	
		<input type="checkbox"/> Handwerkliche/körperliche Tätigkeiten zu _____% <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit/Außendiensttätigkeit zu _____%	
		<input type="checkbox"/> Sonstiges _____ zu _____%	
3.2	Beschreibung der beruflichen Tätigkeit:		
3.3	<b>Einkommensangaben</b> des laufenden Jahres und der vergangenen zwei Jahre <b>sind immer anzugeben:</b>	Bei Arbeitnehmern: <i>Bruttoarbeitseinkommen einschl. Weihnachts- und Urlaubsgeld</i> Bei Selbstständigen: <i>Gewinn/Jahresüberschuss (vor Steuern)</i> Jahr _____ Einkommen jährlich _____ EUR Jahr _____ Einkommen jährlich _____ EUR Jahr _____ Einkommen jährlich _____ EUR	<b>Ab einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 24.000,- EUR sind ein zusätzlicher Fragebogen und die Einkommensnachweise des laufenden Jahres und der vergangenen zwei Jahre erforderlich.</b>

**Angaben zum Gesundheitszustand**

**4. Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand**  
 Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter Punkt 4.2 bis 4.5 bejahen, bitte unten nähere Angaben eintragen (welches Leiden, Art der Anerkennung, Träger, Höhe, bitte ggf. entsprechende Bescheide beifügen).

4.1	Derzeitige Körpermaße: Größe _____ cm Gewicht _____ kg		
		Ja	Nein
4.2	Besteht ein körperliches Gebrechen, ein Organfehler, eine angeborene Erkrankung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Beziehen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion oder warten Sie noch auf das Testergebnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert? (Fachrichtung sowie Name und Anschrift des Arztes) <b>Bitte beachten Sie, dass wir nicht notwendigerweise den von Ihnen angegebenen Arzt kontaktieren. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Ihnen hier gestellten Fragen zu beantworten, damit wir die Ihnen bekannten Gefahrumstände bei der Entscheidung zur Risikoübernahme berücksichtigen können.</b>		

Angaben zum Gesundheitszustand	Zu Frage:	
	4.2	
	4.3	
4.4		

**5. Frage zu stationären Behandlungen in den letzten 10 Jahren**  
 Falls ja, bitte nähere Gesundheitsangaben eintragen (Erkrankung, Beschwerden, Art und Dauer der Behandlung, Arbeitsfähigkeitszeiten, Medikamente, Folgen und Namen/Adresse des jeweiligen Behandelnden) machen.

	Ja	Nein
Haben Sie sich in den letzten <b>10 Jahren</b> aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium stationär aufgehalten oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen? (z. B. wegen Erkrankung des Nervensystems, Selbsttötungsversuch, Erkrankung und Störung der Psyche, Alkohol- und Drogenkonsum, Medikamentenmissbrauch, Strahlenuntersuchungen, gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen, orthopädische Beschwerden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Fragen zum Gesundheitszustand der letzten 5 Jahre**  
 Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem Fragen-/Antwortbereich.  
 Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter Punkt 6.1 bis 6.19 bejahen, bitte unten nähere Gesundheitsangaben eintragen.

	Ja	Nein
6.1 Waren Sie aus gesundheitlichen Gründen mehr als 14 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Gesundheits- oder Funktionsstörungen, aufgrund derer Sie in Beratung, Behandlung oder Untersuchung waren (z. B. bei Ärzten, Heilpraktikern, Psychologen/Psychotherapeuten, Osteopathen oder alternativen Heilbehandelnden) bzw. Medikamente (mehr als 1x wöchentlich) einnehmen mussten, wegen:		
6.2 <b>des Herzens oder der Kreislauforgane</b> (z. B. Bluthochdruck, Schwindel, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelschaden, Schlaganfall, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Venenleiden, Thrombose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 <b>der Atmungsorgane</b> (z. B. Lungen-, Rippenfellentzündung, Bronchitis, Schlafapnoe, Asthma, Allergie, Atemstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 <b>des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Galle, der Leber, der Bauchspeicheldrüse</b> (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, entzündliche Darmerkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 <b>der Nieren und Harnwege, der Blase, der Prostata, der Unterleibsorgane bzw. der Geschlechtsorgane</b> (z. B. Nieren-/Blasensteine, Zysten, Fisteln, Infektionen, Nierenentzündung, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostatavergrößerung/-entzündung, Brusterkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 <b>der Augen</b> (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, erhöhter Augendruck, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 <b>der Ohren</b> (z. B. vermindertes Hörvermögen, Ohrgeräusche, Lärmschäden, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 <b>der Haut</b> (z. B. Ekzeme, Neurodermitis, Allergie, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9 <b>des Gehirns oder des Nervensystems</b> (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10 <b>Kopfschmerzen</b> (Schmerzdauer > 6 Stunden täglich, Häufigkeit > 2 x pro Monat) oder Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11 <b>des Stoffwechsels</b> (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhte Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.12 <b>der Wirbelsäule oder Bandscheiben</b> (z. B. Bandscheibenvorfall, Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Verschleiß, Rückgratverkrümmung, Wirbelgleiten, Wirbelversteifung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.13 <b>der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen</b> (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Arthritis, rheumatische Beschwerden, Verschleiß, Frakturen, Knieverletzungen, Beinverkürzungen, Bänderverletzungen, Hüftfehlstellungen, Schulter-Arm-Syndrom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.14 <b>des Blutes, der Drüsen, der Milz</b> (z. B. Anämien, Gerinnungsstörung, Blutkrebs, Bluterkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.15 <b>akuten oder chronischen Infektionen</b> (z. B. Borreliose, Hepatitis, Malaria, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.16 <b>Unfällen oder Vergiftungen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.17 <b>der Psyche oder der Psychosomatik</b> (z. B. Angst- oder Zwangsstörungen, Stress- oder Erschöpfungszustände, Essstörungen, Depressionen, Psychosen, Selbsttötungsversuche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.18 <b>Drogen-, Tabletten- oder Alkoholkonsum?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.19 <b>Krebs, Tumore oder Gewebsneubildungen</b> (z. B. Karzinom, Melanom, Geschwülste, Zysten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu Frage:	Art der Erkrankung, Beschwerden, Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Von wann/ bis wann?	Liegt völlige Ausheilung vor? Wenn ja, seit wann?	Aktuelle Medikamente/ Beschwerden?	Namen/Adressen des jeweiligen Behandelnden
6.1					
6.2					
6.3					
6.4					
6.5					

Antragsteller

Name

Vorname

**Angaben zum Gesundheitszustand**

Zu Frage:	Art der Erkrankung, Beschwerden, Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Von wann/ bis wann?	Liegt völlige Ausheilung vor? Wenn ja, seit wann?	Aktuelle Medikamente/ Beschwerden?	Namen/Adressen des jeweiligen Behandelnden
6.6					
6.7					
6.8					
6.9					
6.10					
6.11					
6.12					
6.13					
6.14					
6.15					
6.16					
6.17					
6.18					
6.19					

**weitere Angaben**

Wer hat die Angaben zum Gesundheitszustand in dieses Formular eingetragen:  
 Ich, die zu versichernde Person     Der Vermittler nach Angaben der zu versichernden Person



Wenn Sie diesem Antrag zusätzliche Unterlagen bzw. Anlagen beigefügt haben, geben Sie bitte nachfolgend Art und Umfang an.

---



---

Entbindung vom Versicherungsgeheimnis

## Entbindung vom Geschäftsgeheimnis gemäß Art. 104, 105 Versicherungsaufsichtsgesetz (VersAG)



Die Advigon Versicherung AG hat Ihren Sitz im Fürstentum Liechtenstein. Es gilt somit das Versicherungsaufsichtsgesetz (VersAG) von Liechtenstein. In Artikel 104 des VersAG ist das Geschäftsgeheimnis beschrieben. Dies verpflichtet die Mitglieder der Organe von Versicherungsunternehmen und ihre Mitarbeiter sowie sonst für solche Gesellschaften tätige Personen zur Geheimhaltung von nicht öffentlich bekannten Tatsachen, die ihnen aufgrund der Geschäftsverbindungen mit Kunden anvertraut oder zugänglich gemacht worden sind. Von der Geheimhaltungspflicht kann gemäß Artikel 105 VersAG entbunden werden.

**I.**  
Zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung sowie bei Beantragung des Versicherungsschutzes benötigen wir daher Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung zur Übermittlung von Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sowie sonstige die Geschäftsbeziehung mit der Advigon Versicherung AG betreffende Daten an:

- liechtensteinische und deutsche Gerichte und Behörden,
- sonstige Institutionen, wenn hierzu eine gesetzliche Pflicht besteht.

**II.**  
Der/ die Antragsteller nimmt/nehmen insbesondere von den folgenden, derzeit gültigen gesetzlichen Meldepflichten der Advigon Kenntnis.

**Bei Leistungen aus dem Versicherungsvertrag: Rentenbezugsmitteilung an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA)**

Werden Leistungen aus Ihrem Vertrag fällig, haben wir das gemäß § 22a des deutschen Einkommensteuergesetzes (EStG) der ZfA mitzuteilen. Um § 22a des EStG nachzukommen, muss die Advigon Versicherung AG der ZfA bis zum 1. März des Jahres, der auf das Jahr folgt, in dem eine Leistung zugeflossen ist, folgende Daten übermitteln (Rentenbezugsmitteilung):

- Identifikationsnummer, Familienname, Vorname und Geburtsdatum des Leistungsempfängers,
- soweit vorhanden eine ausländische Anschrift des Leistungsempfängers,
- je gesondert den Betrag der Renten und Leistungen,
- Zeitpunkt des Beginns und des Endes des jeweiligen Leistungsbezugs,
- Bezeichnung und Anschrift des Mitteilungspflichtigen (Mitteilungspflichtig ist die Advigon Versicherung AG).

**Ich bestätige**, dass ich von den zuvor stehenden Gesetzesvorschriften und den sich hieraus ergebenden Mitteilungspflichten sowie den weiteren zu den aufgeführten Zwecken an verschiedene Empfänger übermittelten Daten Kenntnis genommen und diese verstanden habe.  
Die maßgebenden Gesetzestexte nach deutschem Recht finden sie unter [www.gesetze-im-internet.de/estg/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/estg/index.html), diejenigen nach liechtensteinischem Recht unter [www.gesetze.li](http://www.gesetze.li).

Diese Entbindung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags und gilt auch für die Zeit nach Beendigung des Vertrags.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**2. Unterschrift des Antragstellers**  
X \_\_\_\_\_

Empfangsbestätigung



Ich bestätige, am \_\_\_\_\_ folgende Unterlagen erhalten zu haben: Verbraucherinformation ADBUV18

- Gesonderte „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“,
- nebenstehend benannte Verbraucherinformation, die darin enthaltenen Vertragsbestimmungen einschl. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung,
- gesonderte Widerrufsbelehrung,
- Informationsblätter zu Versicherungsprodukten,
- Durchschrift/Kopie des Beratungsprotokolls.

**3. Unterschrift des Antragstellers**  
X \_\_\_\_\_

Besondere Vereinbarungen

Nebenabreden sind nur verbindlich, wenn sie von der Gesellschaft schriftlich bestätigt werden.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen (nachfolgende Seiten dieses Antrags). Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen und den darin enthaltenen Hinweis zum Widerrufsrecht zum Inhalt dieses Antrags. Sie bestätigen auch, die nachfolgend genannten Einwilligungen zur Kenntnis genommen zu haben und ihnen zuzustimmen:

- Einwilligung zur Bonitätsauskunft,
- Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.

**Ich möchte auch weiterhin gut informiert bleiben und keine aktuellen Aktionen der Advigon Versicherung AG verpassen!**  
Ich bin einverstanden, dass mich die Advigon Versicherung AG zu ihren versicherungsbezogenen Produkten, Services oder Marktforschungsbefragungen (z.B. zu den Themen Kranken-, Lebens-, Reise- und Sachversicherung) per E-Mail kontaktiert.

Bitte informieren Sie mich per:  E-Mail und Telefon  E-Mail  Telefon

**Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post** (Advigon Versicherung AG, LV-Service, 20911 Hamburg), **E-Mail** ([lv-vertrag@advigon.com](mailto:lv-vertrag@advigon.com)) oder **Telefon** (040 5555 4033) **formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bis dahin bleibt diese Einwilligung in Kraft.**

Ort \_\_\_\_\_ **4. Unterschrift des Antragstellers** X \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person (unter 18 Jahren auch deren gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ **Der vorstehende Versicherungsantrag wurde (  nicht ) in meiner Gegenwart unterschrieben. Es sind mir weder andere Mitteilungen über frühere Erkrankungen oder alte Leiden gemacht worden, noch habe ich Anzeichen einer Krankheit, eines alten Leidens oder einer Anomalie bemerkt.** Unterschrift des Vermittlers \_\_\_\_\_

## Wichtig für den Antragsteller:

1. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Lebensversicherungsunternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.
2. Den Antrag kann der Versicherer innerhalb von 6 Wochen annehmen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit geforderter ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tage der Untersuchung.
3. Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherungsschein bzw. die schriftliche Annahmeerklärung des Versicherers zugegangen ist.
4. Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Nebengebühren und Kosten werden nicht berechnet. Insbesondere sind Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler nicht berechtigt, ihrerseits von dem Versicherungsnehmer irgendwelche Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.
5. Der Versicherungsschutz besteht ab dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn, sofern der erste Beitrag gezahlt wurde und Sie den Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmeerklärung erhalten haben.
6. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz zum vorgenannten Beginn, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist, besteht. **Informationen über das Widerrufsrecht finden Sie in der Verbraucherinformation auf den Seiten 5 bis 7 unter „Wichtige Informationen“.**
7. Mir ist bekannt, dass bei Berufsunfähigkeitsversicherungen aus den Beiträgen die Abschluss- und Verwaltungskosten sowie die Kosten zur Deckung der Versicherungsfälle (Risikobeiträge) entnommen werden. Deshalb steht kein oder kaum Guthaben für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung.
8. Ich werde an den Überschüssen des Versicherungsunternehmens beteiligt. Die Höhe der Überschussbeteiligung wird jährlich neu festgelegt.
9. **Widerrufsrecht:**  
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Verbraucherinformationen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf Seite 5 bis 7 in der Verbraucherinformation unter "Wichtige Informationen".

## Zuständige Aufsichtsbehörde

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein,  
Postfach 279, Landstraße 109, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN

## Einwilligung zur Bonitätsauskunft

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) sowohl innerhalb der HanseMerkur Versicherungsgruppe als auch bei Auskunfteien wie z. B. Schufa, Infocore oder Creditreform einholt. Dabei kann die Auskunft dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren, auch unter Einbeziehung von georeferenzierten Daten, mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Name, Anschrift (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag) und Geburtsdatum verwendet. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts vom oder die Anfechtung des Vertrags vor.

## Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften, insbesondere europäische Datenschutzgrundverordnung, 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 Advigon Versicherung AG – nachfolgend Advigon genannt – daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Personenversicherer benötigen wir 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. Assistenzgesellschaften oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

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

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

- durch die Advigon selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Advigon (unter 3.) und
- wenn ein 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 Advigon

**Ich willige ein, dass die Advigon 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 Advigon 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 sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben. Zur Vereinfachung der Antragsprüfung fragt die Advigon zudem als Mitglied der HanseMerkur-Gruppe innerhalb der Gruppe nach, ob bereits Verträge mit Ihnen bestehen.

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

**Ich wünsche, dass mich die Advigon 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 Advigon einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Advigon einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

**Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung 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 Advigon 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 Vertragsabschluss.**

#### 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 Advigon konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

**Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. zu 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 Advigon

Die Advigon verpflichtet die jeweiligen Dienstleister vertraglich zur 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 Advigon benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, 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 Advigon 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 Advigon zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Advigon tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.**

#### 3.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Advigon 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 Advigon 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 Advigon 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 Advigon 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 Advigon 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 Advigon tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.**

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

Die Advigon führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtenbindung für uns und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die Advigon führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Advigon erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter [www.advigon.com/files/liste\\_dienstleister.pdf](http://www.advigon.com/files/liste_dienstleister.pdf) eingesehen oder schriftlich angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Advigon Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein, dass die Advigon meine Gesundheitsdaten an die in der erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Advigon dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Advigon und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.**

#### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Advigon 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 Advigon meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.**

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Advigon Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungs-schutz beantragen. Die Advigon speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Advigon bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

#### SEPA-Mandatserteilung

Kontoinhaber/Zahlungsgläubiger  
Advigon Versicherung AG,  
Postfach 1130, Drescheweg 1,  
9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN  
Gläubiger-Identifikationsnummer: LI 70 ZZZ 0000000010  
Mandatsreferenz ist die Versicherungsnummer und wird beim Neugeschäft nachträglich bekannt gegeben.

**Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Advigon Versicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von der Advigon Versicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

#### Zahlungstermin

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Abbuchung des Beitrages frühestens 5 Tage ab Ausstellungsdatum des Versicherungsscheines erfolgen wird.

**Status:**

1. Arbeitnehmer (Angestellter und Arbeiter)
2. Beamter, Beamtenanwärter
3. Selbstständiger und Freiberufler einschl. Subunternehmer
4. Nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen)
5. Rentner und Pensionär
6. Student, Auszubildender
7. Kind oder Schüler