

Versicherungsantrag auf Abschluss des Produkts Advigon.Krebs-SCHUTZ

Beantragter Versicherungsbeginn

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

VE	Personen-Nr. (Vers.-Nr.)	Abschlussverm. AD-Nr.	Bestandsbetr. AD-Nr.	Kunden-Nr.	ADDDAT1 06.26 PDF A 003001-101-000290 AD-Versand <input type="checkbox"/> ja

Antragsteller
Versicherungsnehmer (mindestens 18 Jahre)

Name _____ Vorname _____ Titel _____
 Straße, Postfach _____ Haus-Nr. _____ Geburtsdatum _____
 Postleitzahl _____ Wohnort _____ **DEUTSCHLAND** Zustellergänzung _____
 Staatsangehörigkeit _____ Telefon* _____
 E-Mail* _____

* Diese Angaben sind freiwillig.

Vertretung des Antragstellers

Wird der Antragsteller von einer anderen Person vertreten? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Nein. Ich stelle den Antrag im eigenen Namen.
 Ja, ich handele in Vertretung einer natürlichen Person. Z.B. im Rahmen einer Betreuung, einer Bevollmächtigung, eines Auftrags.

Liegt eine Vertretung vor, so tragen Sie bitte die Angaben zur Person des Vertreters im Folgenden ein. Bitte fügen Sie ausserdem eine **Kopie des Personalausweises oder des Reisepasses des Vertreters sowie die Legitimation für die Vertretung** (z.B. Vollmacht, Bestallungsurkunde) bei.
 Der Antragsteller wird von folgender Person vertreten:

Name _____ Vorname _____ Titel _____
 Straße, Postfach _____ Haus-Nr. _____ Geburtsdatum _____
 Postleitzahl _____ Wohnort _____ **DEUTSCHLAND** Staatsangehörigkeit _____

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

Mandat für SEPA-Basis-lastschriften für wiederkehrende Zahlungen

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 Prüfziffer BLZ Konto.Nr.

IBAN _____

SEPA Mandatserteilung
(Inhalt siehe Schlusserklärungen)

Datum **X** _____ Unterschrift des Antragstellers **X** _____

Zahlungsweise

Die Zahlungsweise ist monatlich.

Gesamtbeitrag _____ EUR

Zu versichernde Person

der Versicherungsnehmer oder:

Männlich
 Weiblich

Name _____ Vorname _____ Titel _____
 Straße, Postfach _____ Haus-Nr. _____ Geburtsdatum _____
 Postleitzahl _____ Wohnort _____ **DEUTSCHLAND** Zustellergänzung _____

Bezugsrecht Alle tarifgemäß fälligen Leistungen werden an den Versicherungsnehmer gezahlt.

1 **Krebs-SCHUTZ Stationär:** (Tarif CS)

Beitrag gemäß Zahlungsweise _____ EUR

Erläuterungen zur Beantwortung der nachstehenden Fragen

Die Rückfragezeiträume betragen bei den Gesundheitsfragen mehrere Jahre. 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.
 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.

Angaben zum Gesundheitszustand

Angaben zu Größe und Gewicht:
 Ab dem vollendeten 7. Lebensjahr zu beantworten.
 Wir bitten um tatsächliche Angaben und nicht um geschätzte Werte. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

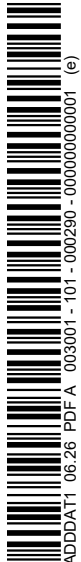
1. Sind Sie Nichtraucher? (Erklärung auf Seite 3 in den Schlusserklärungen.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Ist bei Ihnen in der Vergangenheit eine Krebserkrankung, ein Gehirntumor, eine nicht invasive Krebsfrühform oder eine Krebsvorstufe (z. B. Carcinoma in situ, Melanoma in situ, zervikale intraepitheliale Neoplasie) aufgetreten, liegt eine solche Erkrankung aktuell vor oder besteht ein ärztlicher Verdacht auf eine solche Erkrankung? (Begriffserläuterungen siehe Seite 3)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Ist bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion oder Hepatitis Typ B, C oder D diagnostiziert worden oder warten Sie noch auf das Testergebnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte immer beantworten

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

Angaben zu Vorversicherungen

Haben Sie weitere Versicherungen im Bereich „Schwere Krankheiten“ (auch „Dread Disease“ genannt), die bei Krebs eine Leistung erbringen, beantragt und wurde dieser Antrag abgelehnt oder zurückgestellt? Ja Nein



Antragsteller Name _____ Vorname _____

2

Krebs-SCHUTZ Diagnosegeld: (Tarif CD)

Beitrag _____ EUR
gemäß Zahlungsweise

Technische Daten
Garantierte Versicherungssumme: 8.000,- EUR + 2.000,- EUR Sofortbonus**
Beitragszahlung und Risikodauer: Variante 1: bis Alter 65 oder
Variante 2: lebenslang
** Der Sofortbonus (Überschussbeteiligung) erhöht die garantierte Versicherungssumme im Leistungsfall. Die Höhe dieser Überschussbeteiligung kann sich ändern. Sie ist bis zum 31.12.2026 garantiert.

Angaben nach dem Sorgfaltspflichtgesetz Nähere Informationen siehe Schlusserklärungen „Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz“.

Feststellung der wirtschaftlich berechtigten Personen
Als wirtschaftlich berechtigt gelten diejenigen natürlichen Personen, die wirtschaftlich die **Versicherungsprämien** letztlich leisten.
Ich bin als Antragsteller (bitte Zutreffendes ankreuzen):
 allein wirtschaftlich berechtigt. Ich leiste die Beiträge komplett selbst.
 nicht allein wirtschaftlich berechtigt. Das bedeutet, eine oder mehrere Personen leisten die Beiträge mit mir gemeinsam (z. B. Gemeinschaftskonto).
 nicht wirtschaftlich berechtigt. Das bedeutet, eine oder mehrere andere Personen leisten die Beiträge, ich selbst trage wirtschaftlich nicht zu den Versicherungsbeiträgen bei.
Bitte tragen Sie die Angaben der weiteren Person, die neben Ihnen oder anstelle von Ihnen wirtschaftlich zu den Versicherungsbeiträgen beiträgt, im Folgenden ein. Sollten noch weitere Personen zu den Versicherungsbeiträgen beitragen, so füllen Sie bitte für jede weitere Person das Formular zur Feststellung der wirtschaftlich berechtigten Person aus. Bitte fügen Sie außerdem für jede wirtschaftlich berechtigte Person eine **Kopie des Personalausweises oder des Reisepasses** bei.

Name _____ Vorname _____ Titel _____
Straße, Postfach _____ Haus-Nr. _____ Geburtsdatum _____
Geburtsort _____ Geburtsland _____
Postleitzahl _____ Wohnort _____ **DEUTSCHLAND** Staatsangehörigkeit _____

Mittelherkunft
Beruf/Geschäftstätigkeit des Beitragszahlers:
Wenn derzeit keiner beruflichen Tätigkeit nachgegangen wird, bitte die berufliche Tätigkeit angeben, die zuletzt ausgeübt wurde.
Die Beiträge werden bestritten aus:
 Lohn/Gehalt Sonstige Herkunft _____

Politisch exponierte Person
Ist eine für dieses Vertragsverhältnis relevante Person (Antragsteller, ggf. für diesen auftretende Person, wirtschaftlich Berechtigter, Bezugsberechtigter) eine politisch exponierte Person oder steht eine dieser Personen einer politisch exponierten Person nahe?
 ja nein Wenn ja: Bitte Erklärung zur Feststellung politisch exponierter Personen (PEP) gemäß Sorgfaltspflichtgesetz ausfüllen.
(Nähere Informationen siehe Schlusserklärungen „Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz“)

Empfangsbestätigung
Ich bestätige, am _____ folgende Unterlagen erhalten zu haben: Verbraucherinformation **ADDDV19**
• 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.
Unterschrift des Antragstellers _____

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.

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.

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 liechtensteinischem Recht finden Sie unter www.gesetze.li.

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

Meldung an liechtensteinische Behörden im Rahmen der Wahrnehmung der gesetzlichen Sorgfaltspflichten nach dem Sorgfaltspflichtgesetz (SPG)

Im Rahmen der gesetzlichen Sorgfaltspflichten ist die Advigon in den nach Art. 17 Abs. 1 SPG genannten Fällen verpflichtet, Daten, insbesondere bzgl. der Identifizierung an diesem Vertrag beteiligter Personen und der Mittelherkunft, an liechtensteinische Behörden zu melden. Bezüglich der von der Advigon erhobenen Daten steht Ihnen das Auskunftsrecht nach Art. 11 des liechtensteinischen Datenschutzgesetzes (DSG) sowie das Berichtigungsrecht nach Art. 7 DSG zu. Die folgende Erklärung ist für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der Advigon unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

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 Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung,
- Entbindung vom Geschäftsgeheimnis gemäß Art. 104, 105 Versicherungsaufsichtsgesetz (VersAG).

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) kontaktiert.
Bitte informieren Sie mich per: E-Mail und Telefon E-Mail Telefon
Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post (Advigon Versicherung AG, Vertragsservice, 20911 Hamburg), **E-Mail** (info@advigon.com) **oder Telefon** (040 5555 4033) **formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bis dahin bleibt diese Einwilligung in Kraft.**

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie ausdrücklich zu, dass der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf Seite 5 bis 7 in der Verbraucherinformation unter "Wichtige Informationen".

Ort _____ Datum _____ **Unterschrift des Antragstellers** _____
Unterschrift der zu versichernden Person (unter 18 Jahren auch deren gesetzlicher Vertreter) _____

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 _____

Schlusserklärungen

Wichtig für den Antragsteller:

1. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.
2. Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherungsschein bzw. die schriftliche Annahmeerklärung des Versicherers zugegangen ist.
3. Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Nebengebühren und Kosten werden nicht berechnet. Insbesondere sind Versicherungsvermittler oder Versicherungsmakler nicht berechtigt, ihrerseits von dem Versicherungsnehmer irgendwelche Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.
4. 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. Er beginnt jedoch nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
5. Mir ist bekannt, dass bei Versicherungen aus den Beiträgen die Abschluss- und Verwaltungskosten sowie die Kosten zur Deckung der Versicherungsfälle (Risikobeiträge) entnommen werden. Deshalb steht beim Tarif CD kein oder kaum Guthaben für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung.
6. Beim Tarif CD werde ich an den Überschüssen des Versicherungsunternehmens beteiligt. Die Höhe der Überschussbeteiligung wird jährlich neu festgelegt.
7. Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese der Advigon Versicherung AG unmittelbar in Textform (z. B. E-Mail, Brief) mitteilen.
8. Beim Tarif CS beträgt die Mindestvertragslaufzeit 24 Monate. Danach können Sie zu jedem Monatsersten kündigen.
9. **Wartezeit:** Für Versicherungsfälle, die während der Wartezeit eintreten, besteht zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz.
10. **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) oder online unter www.advigon.com/widerruf widerrufen. Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf Seite 5 bis 7 in der Verbraucherinformation unter „Wichtige Informationen“.

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist und haben Sie hierzu ausdrücklich zugestimmt, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalles aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht Liechtenstein,
Landstrasse 109, Postfach 279, 9490 Vaduz, Liechtenstein

Begriffserläuterungen zu den Gesundheitsfragen:

Diese Begriffserläuterungen erheben keinen Anspruch auf fachliche oder rechtliche Richtigkeit. Sie sollen lediglich Fachbegriffe verständlicher machen.

Carcinoma in situ: Nach seinen Zellmerkmalen bösartiger, jedoch örtlich begrenzter Tumor, der die natürlichen Gewebegrenzen nicht überschreitet und keinen Anschluss an das Blutgefäßsystem hat. Es handelt sich um die Frühform einer Krebserkrankung.

Melanoma in situ: Frühform eines bösartigen schwarzen Hautkrebs (Malignes Melanom), der unbehandelt in tiefere Hautschichten weiter fortschreiten kann.

Zervikale intraepitheliale Neoplasie: So werden krankhafte Veränderungen der Zellen des Gebärmutterhalses bezeichnet. Es kann sich dabei je nach Ausprägungsgrad um eine Vorstufe von Gebärmutterhalskrebs handeln.

Nichtraucher ist, wer in den letzten 60 Monaten kein Nikotin durch Rauchen von Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder sonstigem Tabak oder durch Inhalieren unter Verwendung elektronischer Verdampfer wie E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen aufgenommen hat.

Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz

1. **Wirtschaftlich berechtigte Person:** Dies ist eine natürliche Person, auf deren Veranlassung oder in deren Interesse eine Transaktion oder Tätigkeit ausgeführt oder eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird. Im Falle von Rechtssträgern ist es auch diejenige natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Rechtsträger letztlich steht. Als wirtschaftlich berechtigt gelten bei Versicherungsverträgen diejenigen natürlichen Personen, die wirtschaftlich die Versicherungsprämien letztlich leisten.
2. **Politisch exponierte Personen** sind natürliche Personen, die wichtige öffentliche Ämter ausüben oder bis vor einem Jahr ausgeübt haben, sowie deren unmittelbare Familienmitglieder oder ihnen bekanntermaßen nahe stehenden Personen. Als wichtige öffentliche Ämter gelten – soweit es sich nicht bloß um mittlere oder niedrige Funktionen handelt – Staatschefs, Regierungschefs, Minister, stellvertretende Minister, Staatssekretäre, wichtige Parteifunktionäre; Parlamentsmitglieder oder Mitglieder vergleichbarer staatlicher Gesetzgebungsorgane; Mitglieder von obersten Gerichten, Verfassungsgerichten oder sonstigen hochrangigen Institutionen der Justiz, gegen deren Entscheidungen kein Rechtsmittel eingelegt werden kann; Mitglieder der Rechnungshöfe oder der Verwaltungs- und Leitungsorgane von Zentralbanken; Botschafter, Geschäftsträger (chargé d'affaire) und hochrangige Offiziere der Streitkräfte; Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- oder Aufsichtsorgane staatlicher Unternehmen; Direktoren, stellvertretende Direktoren und Mitglieder des Leitungsorgans oder eine vergleichbare Funktion bei einer internationalen, auch (zwischen-) staatlichen, Organisation sowie deren unmittelbare Familienmitglieder und ihnen bekanntermaßen nahe stehende Personen. Eine Person ist keine politisch exponierte Person mehr, wenn sie seit mindestens einem Jahr das wichtige öffentliche Amt nicht mehr ausübt. Im Laufe der Geschäftsbeziehung sich ergebende Änderungen sind unverzüglich mitzuteilen.

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. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: www.advigon.com/informationen/datenschutzerklaerung oder fordern Sie diese gern bei uns an.

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.

Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: www.advigon.com/informationen/datenschutzerklaerung oder fordern Sie diese gern bei uns an.

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.

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 drei 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 Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die 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 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, 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.