Versicherungsdienst des Bäckerhandwerks GmbH

Beiblatt für den Abschluss eines Gruppenversicherungsvertrages für die betriebliche Berufsunfähigkeitsversicherung (bBU)

Erklärung der zu versichernden Person zu Beginn des Versicherungsschutzes:

Angaben zur versicherten Person

Name	
Vorname	
Straße	
Hausnummer	
Adresszusatz	
PLZ	
Ort	
Telefon	
Telefon mobil	
E-Mail	

Ich bin in der Lage, einschränkungsfrei die gesundheitlichen, körperlichen wie auch psychischen Voraussetzungen der Stellenbeschreibung, so wie diese dem Arbeitsvertrag zugrunde liegt, nachzugehen. Ich bin somit in der Lage, alle mit der Stelle verbundenen Kern- und Teiltätigkeiten vollständig zu verrichten.

Ich habe in den letzten 24 Monaten nicht, aufgrund von Unfall oder Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, meine Arbeitszeit reduziert, meine normale Arbeitstätigkeit oder meinen Arbeitsplatz geändert.

Ich war während der letzten 2 Jahre nicht länger als 14 Kalendertage ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt.

Es wurde kein Antrag auf Berufsunfähigkeitsversicherung abgelehnt oder nur zu erschwerten Bedingungen (Beitragszuschlag oder Ausschlussklausel) angenommen.

Falls eine weitere Absicherung für Berufsunfähigkeit besteht, beträgt die gesamte Absicherung (inklusive dieses Antrags) nicht mehr als EURO 2.000 monatlich.

Ich bin aus gesundheitlichen Gründen nicht anerkannt erwerbsgemindert (MdE) oder schwerbehindert (GdB) und habe keinen Antrag auf Erwerbsminderungen oder Schwerbehinderung gestellt.

Es bestehen bei mir keine dauerhaften Schäden (z.B. Amputationen, Versteifungen, Lähmungen, Bandscheibenschädigungen, Schwerhörigkeit, Tinnitus) und auch keine chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes, Asthma, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Nierenleiden, Allergien, psychische Störungen, Neurodermitis, Schuppenflechte).

Ich bestätige, dass die vorstehenden Aussagen vollständig auf mich zutreffen. Sollte eine oder mehrere Aussagen nicht auf mich zutreffen, wird eine gesonderte Gesundheitsprüfung, in Form eines Beiblatts beigefügt.

Anlage zum Antrag der , vom .

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Versicherungsdienst des Bäckerhandwerks GmbH

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die gestellten 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 innerhalb von acht Tagen gegenüber dem Versicherer, der Squarelife Insurance AG, Landstrasse 33, 9491 Ruggell, Lichtenstein, mitzuteilen.

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

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?
1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes
Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand, weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung
Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. 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 (z.B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Soweit diese anderen Bedingungen einen Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand beinhalten (Leistungsausschluss), verlieren Sie insoweit rückwirkend den Versicherungsschutz. Dies bedeutet, dass für bereits eingetretene Versicherungsfälle unsere Leistungspflicht rückwirkend entfällt. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

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

Wichtige Hinweise und Erläuterungen

VERTRAGSGRUNDLAGEN

Für das Versicherungsverhältnis gelten die im Versicherungsschein näher bezeichneten Allgemeinen Versicherungsbedingungen und sonstigen Vereinbarungen (z.B. besondere Bedingungen, Zusatz- und Sonderbedingungen, Klauseln, Tarifbestimmungen). In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind insbesondere die Art, der Umfang und die Fälligkeit der Versicherungsleistung sowie die vertraglich vereinbarten Kündigungsrechte und Vertragsstrafen konkret geregelt.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes sind Sie einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt (nicht Zutreffendes bitte streichen). Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis damit, dass bei Zahlung durch Bankeinzug durch uns der erste Beitrag bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist eingezogen werden darf (nicht Zutreffendes bitte streichen).

Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die zu erstattenden Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Versicherer zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers

Diese wichtigen Erklärungen, einschließlich zusätzlicher Informationen, finden Sie auf der Rückseite des Antrages mit folgender Gliederung:

Weitergabe nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers.

1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
2. Datenweitergabe an Rückversicherungen
3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

GELTENDES RECHT, GERICHTSSTÄNDE UND SPRACHE

Auf den Vertrag und die vorvertraglichen Beziehungen ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland anwendbar. Die jeweils geltenden Gerichtsstände sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt. Die Vertragsbedingungen und Informationen teilen wir in deutscher Sprache mit; während der Laufzeit dieses Vertrages kommunizieren wir mit Ihnen in deutscher Sprache.

BERATUNG, BESCHWERDEN

Sollten Sie im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag, Ihrem Versicherungsschutz oder auch unserer Beratung und Betreuung Fragen, Wünsche oder Beschwerden haben, können Sie sich jederzeit an Ihren Betreuer und unsere Geschäftsstellen oder die Hauptverwaltung wenden. In Beschwerdefällen steht Ihnen auch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, als zuständige Aufsichtsbehörde zur Verfügung.

OMBUDSMANNVERFAHREN

Der Vdb-GmbH ist über das Mutterunternehmen, die SHB Allgemeine Versicherung VVaG, Mitglied im Versicherungsombudsmann e.V., Leipziger Str. 121, 10117 Berlin / Postfach 080632, 10006 Berlin. Hierbei handelt es sich um eine private Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Beilegung von Rechtsstreitigkeiten zwischen Verbrauchern und Versicherungsunternehmen. Versicherungsnehmer können sich für ein Streitschlichtungsverfahren bei privaten Versicherungen (nicht gewerbliche Versicherungen) an den Versicherungsombudsmann wenden. Die Beschwerde muss innerhalb von sechs Wochen nach Zugang der abschließenden Stellungnahme des Versicherers bei dem Ombudsmann erhoben werden.

Tel.: 0800-36 96 00 0*, Fax: 0800-36 99 00 0*, beschwerde@versicherungsombudsmann.de. Das Ombudsmannverfahren gilt nur für Versicherungsnehmer, die die jeweilige Versicherung für private Risiken genommen haben.
* kostenlos aus dem deutschen Festnetz, aus anderen Netzen: 24 Cent je Anruf / Fax

NEBENABREDEN UND DECKUNGSZUSAGEN

Nebenabreden und Deckungszusagen sind nur mit Zustimmung des Versicherers wirksam.

Der Versicherer und Risikoträger ist:

Squarelife Insurance AG, Landstrasse 33, 9491 Ruggell, Liechtenstein,

Squarelife ist ein Lebensversicherungsunternehmen, eingetragen im Öffentlichkeitsregister Liechtenstein. Registernummer: FL-0002.197.226-9

Squarelife betreibt Lebensversicherungsgeschäft. Das Unternehmen gehört keinem Garantiefonds an. Den zuletzt veröffentlichten Bericht über die Solvabilität und Finanzlage von Squarelife finden Sie auf der Webseite unter folgendem Link: https://www.squarelife.li/.

Squarelife unterliegt der Finanzmarktaufsicht Liechtenstein (FMA) und in Deutschland zudem der Rechtsaufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Beschwerden können sowohl bei der FMA als auch bei der BaFin eingereicht werden. Es ist zudem möglich, eine Beschwerde bei beiden Behörden gleichzeitig einzureichen. Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Landstrasse 109, Postfach 279, 9490 Vaduz Liechtenstein
Telefon: +423 236 73 73, Fax: +423 236 73 74, E-Mail: info@fma-li.li

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, Postfach 1253, 53002 Bonn, Deutschland
Telefon: +49 228 4108 0, Fax: +49 228 4108 1550, E-Mail: poststelle@bafin.de

Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Sollten Sie die nachfolgenden Fragen falsch oder unvollständig beantworten und damit Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Entnehmen Sie hierzu bitte nähere Informationen dem Merkblatt „Wichtige Hinweise zur Beantwortung der Antragsfragen“.

Hat Ihnen bei der Beantwortung der Fragen eine andere Person geholfen, bitten wir Sie die Richtigkeit der Angaben vor Ihrer endgültigen Unterschrift zu überprüfen.

Falls Sie eine Frage mit „Ja“ beantworten, bitten wir Sie ggf. weitere ausführlichere Informationen im entsprechenden Feld unter Punkt III. bzw. auf einem Zusatzblatt zur Verfügung zu stellen.

Um Ihnen die Beantwortung einzelner Fragen zu erleichtern, haben wir Beispiele für Erkrankungen bzw. Beschwerden/Störungen in Klammern aufgeführt. Hierbei handelt es sich nicht um eine abschließende Aufzählung.

Gesundheitsangaben I.

1. Größe und Gewicht?	_____ cm _____ kg
2. Haben Sie jemals geraucht? Falls „Ja“, haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht?	
3. Bestehen oder bestanden bei Ihnen innerhalb der letzten 5 Jahre Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen:	
a) des Herzens oder der Kreislauforgane (z.B. Bluthochdruck,Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Schlaganfall, Arteriosklerose, Verschlusskrankheit, Schwindel, Durchblutungsstörungen, Venenleiden, Thrombose)?	
b) der Atmungsorgane, des Brust-/Zwerchfells (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe)?	
c) der Speiseröhre, Magen, Darm, Bauchspeicheldrüse, Galle, Leber, der Bauchhöhle (z.B. Magen- oder Darmgeschwüre/-entzündungen, Veränderung der Leberwerte, Fettleber,Leberentzündung / Hepatitis, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Wasseransammlung)?	
d)der Nieren und Harnwege, Prostata, Unterleibsorgane, Brust (z.B.Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- Eiweiß im Urin, Zysten)?	
e)der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder (z.B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Fehlstellungen, Bandscheibenvorfall, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Fibromyalgie)?	
f) des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhte Cholesterinwerte, Schilddrüsenerkrankung, Gicht)?	

Gesundheitsangaben

g) des Gehirns, Rückenmarks oder des Nervensystems (z.B. Hirnleistungsstörungen, Multiplesklerose, Parkinson, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Migräne)?		
h) durch akute oder chronische Infektionen (z.B. chronische Hepatitis, Malaria, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten)?		
i) der Haut oder durch Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte, sonstige Unverträglichkeiten)?		
j) der Augen (z.B. erhöhter Augendruck, Fehlsichtigkeit von über 6 Dioptrin, Horn- und Netzhauterkrankungen, Sehstörungen)?		
k) der Ohren (z.B. Ohrgeräusche, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwerhörigkeit)?		
5. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen regelmäßig Medikamente ein? Wenn „Ja“, welche?		
6. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Folgen von Alkohol- / Drogenkonsum oder Betäubungsmitteln beraten oder behandelt? Wenn „Ja“, von wem?		
7. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten oder Krankengymnasten? Wenn „Ja“ wegen welcher Krankheiten oder Beschwerden? Name und Anschrift der Behandler / Ärzte.		
8. Haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?		

Gesundheitsangaben

9. Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 5 Jahre Kontroll-/ Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn „Ja“, welche Erkrankung/Beschwerden lagen diesen zu Grunde?		
10. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen oder bestehen bei Ihnen dauerhafte körperliche Beeinträchtigungen? Wenn „Ja“, welche?		
11. Besteht bei Ihnen ein Grad der Behinderung (MdE/GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)?		
12. Wurden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre untersucht, beraten oder behandelt hinsichtlich:		
a) er Psyche (z.B. Angststörung, Essstörung, depressive Stimmungen, Neurose, Psychose, psychosomatische Störung, Erschöpfungszustand, Suizidversuch)?		
b) lut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, Anämie, Gerinnungsstörung)?		
c) Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, Anämie, Gerinnungsstörung)?		
d) Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, Anämie, Gerinnungsstörung)?		
e) in Krankenhäusern oder Kuranstalten? Wenn „Ja“, wegen welcher Krankheiten oder Beschwerden? Name und Anschrift der Ärzte / Krankenhäuser etc.		
13. Welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert? Name / Anschrift.		

II. Angaben zum Beruf, Freizeit, Auslandsaufenthalt, Vorversicherungen

1. Welchen Beruf üben Sie derzeit aus (bitte genaue Berufsbezeichnung und Branche)?

angestellt selbständig

2. Wie hoch ist Ihr derzeitiges jährliches Brutto-Einkommen?

Euro

Letztes Jahr: Euro Vorjahr: Euro

3. Besteht anderweitiger Anspruch (z.B. Kammer, Land) auf Leistungen bei Berufs- oder Dienstunfähigkeit?	
Wenn „Ja“, welcher und in welcher Höhe monatlich?	
4. Bestehen für Ihre Tätigkeit gesetzliche Regelungen in Bezug auf Arbeitssicherheit, Gesundheits- oder Unfallschutz, wegen der bei Ihnen regelmäßig Vorsorge- und/oder Tauglichkeitsuntersuchungen durchgeführt werden?	
Falls „Ja“, bitte machen sie hierzu nähere Angaben.	
5. Haben sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt oder ist ein Wechsel für die nächsten 12 Monate vorgesehen?	
6. Sind Sie in Ihrem Beruf und/oder in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Kontakt/Umgang mit gesundheitsgefährdenden, radioaktiven oder explosiven Stoffen/Strahlen oder hautbelastenden Substanzen, Aufenthalt in Krisengebieten, Arbeiten über 10 Metern Höhe, Flugsport, Tauchsport, Bergsport, Kampfsport, Motorsport, Extremsport, Teilnahme an Wettkämpfen)?	
Falls „Ja“, bitten machen Sie hierzu nähere Angaben.	
7. Werden Sie sich voraussichtlich innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 6 Wochen außerhalb der Europäischen Union, der Schweiz, Islands, Norwegens, der USA, Kanadas, Australien oder Neuseeland aufhalten?	
Wenn „Ja“, wo und wie lange? Grund?	

8. Bestehen für Sie bereits Lebens- oder Berufsunfähigkeits-versicherungen oder sind solche beantragt?		
Wenn „Ja“, seit wann? Höhe der Versicherungssumme (in Euro)? Bei welchem Unternehmen?		
9. Wurde innerhalb der letzten 5 Jahre ein Antrag auf eine Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung von einem anderen Versicherer abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen?		
Wenn „ja“, was und bei welcher Gesellschaft? Grund?		

III. Nähere Angaben zu den Fragen, die Sie mit „Ja“ beantwortet haben (bitte ggf. Zusatzblatt beifügen):

Zusätzliche Angaben zu den Fragen - Punkt I.

Frage Nr.	Art und Verlauf der Erkrankung / Beschwerden /	Beginn, Dauer und Ende	Name / Adresse des / der Behandler (z.B. Arzt, Name / Adresse des / der Behandler (z.B. Arzt, Psychotherapeut)	Bestehen noch Beschwerden und / oder Folgen

Zusätzliche Angaben zu den Fragen - Punkt I.

Frage Nr.	Art und Verlauf der Erkrankung / Beschwerden /	Beginn, Dauer und Ende	Name / Adresse des / der Behandler (z.B. Arzt, Name / Adresse des / der Behandler (z.B. Arzt, Psychotherapeut)	Bestehen noch Beschwerden und / oder Folgen

Zusätzliche Angaben zu den Fragen - Punkt II.

Frage Nr.	Art und Verlauf der Erkrankung / Beschwerden /	Beginn, Dauer und Ende	Name / Adresse des / der Behandler (z.B. Arzt, Name / Adresse des / der Behandler (z.B. Arzt, Psychotherapeut)	Bestehen noch Beschwerden und / oder Folgen

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der Vermittler, der Vdb-GmbH sowie die Versicherung, die Squarelife Insurance AG ('Squarelife') daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung.

Die folgenden Einwilligungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch den Vdb-GmbH, deren Servicepartner und Squarelife selbst.
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der der Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife.
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Vdb-GmbH und deren Servicepartner bzw. Squarelife

Sie willigen ein, dass der Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife die von Ihnen 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. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife

Der Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife 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.

Sie willigen ein, dass der Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife Ihre Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und Ihre Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinden Sie die für den Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Squarelife führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt Squarelife Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Squarelife tauscht Daten für die Zwecke der Vertragsverwaltung und der Schadenregulierung mit den folgenden Schwesterunternehmen aus:

- Lifeware SA, Schweiz
- Lifeware GmbH, Deutschland

Sie willigen ein, dass der Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife Ihre Gesundheitsdaten an die oben genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife dies tun durfte. Soweit erforderlich, entbinden Sie die Mitarbeiter bestimmter Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann Squarelife 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 Squarelife 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 Squarelife 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 Squarelife das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Antrage 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 Leistungsfallen 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 Squarelife unterrichtet.

Sie willigen ein, dass Ihre Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinden Sie die für Squarelife tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3. 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 10 Jahre nach Vertragsschluss für Squarelife 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.

Sie willigen für den Fall Ihres Todes ein, dass Squarelife - soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - Ihre Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Sie befreien die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit Ihre zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -vertragen aus einem Zeitraum von bis zu 10 Jahren vor Antragstellung an Squarelife übermittelt werden.

Sie sind darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - Ihre Gesundheitsdaten durch Squarelife an diese Stellen weitergegeben werden und befreien auch insoweit die für Squarelife tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragst. Ihre Daten werden bei der Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Sie willigen ein, dass der Vdb-GmbH, deren Servicepartner bzw. Squarelife Ihre Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu dem oben genannten Zweck speichert und nutzt.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person