

Antrag

A

Vermittlernummer
Vermittlernummer
Telefonnummer für Nachfragen zum Antrag

Risikolebensversicherung RISK-vario®

Antragsteller <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma							
Name	Vorname	Titel		Geburtsname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer				Geburtsort		Staatsangehörigkeit	
Land	PLZ	Ort	derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)			Telefon für Antragsrückfragen (tagsüber)	

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr							
Name	Vorname	Titel		Geburtsname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer				Geburtsort		Staatsangehörigkeit	
Land	PLZ	Ort	derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)			Telefon für Antragsrückfragen (tagsüber)	

Zusätzliche Fragen an die zu versichernde Person bzw. an den Antragsteller (falls gleichzeitig zu versichernde Person)

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet leben in Ihrem Haushalt Kinder? ja nein

Versicherungsschutz: RISK-vario® RISK-vario® risikoadäquat* RISK-vario® Einmalbeitrag (EB)

Verlauf: konstant linear fallend* wahlfrei* Finanzierung (annuitätisch)* Zeitrente* Sparplanabsicherung*
*** Bitte reichen Sie das unterschriebene Angebot mit dem Verlauf der Versicherungssumme je Versicherungsjahr ein!**

verbundene Leben (bitte Zusatzklärung für weitere versicherte Personen (A802A) ausfüllen)

Versicherungsbeginn	Eintrittsalter	Versicherungssumme	Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer
01.		Euro	Jahre	Jahre

Dynamik: Bei konstantem Verlauf (nicht möglich bei EB) ist eine planmäßige Erhöhung um 2 % vorbelegt.
Statt einer Erhöhung um 2 % beantrage ich eine Erhöhung um % (3 - 10 %, bei Einschluss BUZ/EUZ 3 - 5 %, ganzzahlig).

Ich wünsche **keine** Dynamik.

Unfalltod-Schutz mit erhöhter Versicherungssumme bei Unfalltod (nicht möglich bei: risikoadäquat, EB, verbundene Leben).
UZV-Prozentsatz zwischen 50 - 100 % der anfänglichen Versicherungssumme, in 1 % Schritten %

Berufsunfähigkeits-Schutz (BUZ) **Erwerbsunfähigkeits-Schutz (EUZ)**

Beitragsbefreiung und bare Rente (max. Rente 48 % der anfängl. Versicherungssumme) **nur Beitragsbefreiung**
Zusatzversicherungen nicht möglich bei: risikoadäquat, Einmalbeitrag, verbundene Leben. Pro Vertrag **entweder BUZ oder EUZ**

BUZ/EUZ-Optionen: 2% Rentendynamik im Leistungsfall

Verzicht auf § 163 VVG Dread Disease: Einmalleistung: Euro

Zusatzzahlung AU-Option (nicht bei EUZ)

Beruf lt. Angebot	Versicherungsdauer	Leistungsdauer (ab Versicherungsbeginn)	Karenzzeit	Jahresrente
	Jahre	Jahre	Monate	Euro

Beitragszahlung (Mindestbeitrag 5,00 Euro netto) jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich einmalig (EB)

Gesamtbeitrag laut Zahlungsweise **brutto** **netto*** * kann nicht garantiert werden, siehe Erläuterung in den Schlusserklärungen auf Seite 6.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000029008 / Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt
Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Dialog Lebensversicherungs-AG, Stadtberger Str. 99, 86157 Augsburg, Beiträge (einen einmaligen Beitrag – bei Einmalbeitragsversicherungen) von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Dialog Lebensversicherungs-AG einzulösen.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass ich/wir die Vorab-Ankündigung des SEPA-Lastschrifteinzugs in der Regel 14 Kalendertage, in Einzelfällen bis spätestens einen Tag, vor Fälligkeit erhalte/n.

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

IBAN:	Name und Ort des Kreditinstituts
-------	----------------------------------

Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller (Name, Straße, Hausnummer, Land, PLZ, Ort)

Ort, Datum	Unterschrift/en Kontoinhaber	Wichtig! Erforderliche Unterschrift(en)
------------	------------------------------	--

Angaben zum Geldwäschegesetz

Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten
 Ja, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und alle damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.
 Nein, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung bzw. auf Veranlassung eines Dritten.

Name, alle Vornamen, Geburtsdatum und Staatsangehörigkeit des veranlassenden Dritten:	Meldeanschrift:
---	-----------------

Beziehung zu dieser Person:	Bitte erläutern Sie die Hintergründe, weshalb die Geschäftsbeziehung / Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt:
-----------------------------	---

Identifizierung des Vertragspartners durch amtlich gültigen Ausweis **Falls Vertragspartner eine Firma ist, bitte Ermittlungsbogen nach dem GWG (A083) einreichen!**

<input type="checkbox"/> Personalausweis- / <input type="checkbox"/> Reisepass-Nr.	gültig bis	ausstellende Behörde
--	------------	----------------------

Geburtsort des Vertragspartners	Geburtsland des Vertragspartners	Staatsangehörigkeit
---------------------------------	----------------------------------	---------------------

Verfügungsbeschränkung

Abtretung Verpfändung Vinkulierung

Name, vollständige Anschrift des Zessionars

Bezugsrecht

Bezugsberechtigter im Erlebensfall der versicherten Person bzw. aller versicherten Personen ist der Versicherungsnehmer.

Bezugsberechtigter im Todesfall ist in nachstehender Rangfolge:

1. bei Versicherungen **auf ein Leben**

- a) der Versicherungsnehmer, soweit nicht versicherte Person,
b) der Ehegatte, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet war

2. bei Versicherungen **auf mehrere verbundene Leben**

- a) der Versicherungsnehmer, soweit nicht verstorbene versicherte Person
b) die überlebende(n) versicherte(n) Person(en); bei gleichzeitigem Ableben der versicherten Personen soll folgende Person bezugsberechtigt sein (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Sofern Sie ein **abweichendes Bezugsrecht** wünschen, bitte nachstehend eintragen (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Fragen an die zu versichernde Person: Für weitere versicherte Personen bitte je eine Zusatzklärung (A802A) verwenden.

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie die jeweiligen Beschwerden mit Ihren eigenen Worten. Zur leichteren Beantwortung der Fragen nennen wir häufige Beispiele uns wichtiger Angaben. Diese Beispiele sind nicht abschließend. Ihre Reihenfolge beinhaltet keine Wertung. Zu durchgeführten Gentests beachten Sie bitte den Hinweis auf Seite 6 „Gentests“. Bitte nutzen Sie zu häufigen Erkrankungen unsere Zusatzklärungen in der Angebots-Software oder unter www.dialog-leben.at.

Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht: Sie sind verpflichtet, sämtliche im Antrag gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer je nach Verschulden berechtigen, den Vertrag anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder – auch rückwirkend – anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen. Bitte beachten Sie dazu auch die Hinweise und Belehrungen auf Seite 6 des Antrags.

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar an die Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen.

1. Planen Sie innerhalb der nächsten **12 Monate** Aufenthalte von mehr als 3 Monaten am Stück außerhalb Europas, den USA oder Kanadas? ja nein

Wenn ja: wohin, wann und wie lange?

2. Üben Sie in Beruf oder Freizeit Aktivitäten mit einer erhöhten Unfallgefahr oder einem erhöhten Verletzungsrisiko aus (z.B. Bergsport, Chemikalien, Militär, Sondereinheiten, Sprengstoff, Strahlen, Fallschirmspringen, Flugsport, Gleitschirm-, Drachenfliegen, Kampfsport, Klettern, Rennsport, Tauchen, Extremsport, Expeditionen)? ja nein

Wenn ja, nähere Angaben:

2.1 Haben Sie in den letzten **12 Monaten** (E-)Zigaretten, (E-)Zigarillos, (E-)Zigarren, (E-)Pfeifen **geraucht** (siehe hierzu auch § 2a ABRis-A)? ja nein

3. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist über Ihre Gesundheit am besten informiert? ja nein

(Bitte Name und Anschrift angeben)

4. Körpergröße und Gewicht: cm kg

5. Wurde bei Ihnen **jemals** eine HIV-Infektion festgestellt? ja nein

6. Sind Sie in den letzten **5 Jahren** wegen Krankheiten, Beschwerden oder Störungen untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich: ja nein

Atmungsorgane, Herz, Kreislauf, Blutdruck, Blutgefäße, Blut, Wirbelsäule, Drüsen, Verdauungsapparat, innere Organe, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brüste, Gehirn, Nerven, Psyche, erhöhte oder zu niedrige Laborwerte, Gicht, Zucker, Krebs, Tumore, Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen, Muskeln, Augen, Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien, Ohren, Haut, Allergien, Rheuma, Infektionen, Verletzungen, Vergiftungen, Schmerzen, Alkohol- oder Drogenkonsum? (Evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden, siehe Seite 6 „Gentests“)

7. Sind Sie in den letzten **10 Jahren** stationär in Krankenhäusern, Heilstätten, Sanatorien, Kuranstalten, Reha-Kliniken oder ähnlichen Einrichtungen (wegen Krankheiten, Operationen, Verletzungen, Kuren, Reha, Entzugsbehandlungen, Selbsttötungsversuchen, Strahlen-, Chemotherapie) untersucht oder behandelt worden? ja nein

8. Bestehen Behinderungen, Amputationen oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen? ja nein

9. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten **5 Jahren** regelmäßig Medikamente (d. h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Präparat, auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel; Empfängnisverhütungsmittel sind davon ausgenommen), oder wurden Ihnen welche verordnet? ja nein

Nur ausfüllen, wenn eine BUZ- / EUZ-Rente beantragt wird:

10. Bestehen Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits- / Dread Disease- / Critical Illness- / Schwere Krankheits-Versicherungen, Ansprüche auf entsprechende Renten von sonstigen Rententrägern (z.B. berufsständische Versorgungseinrichtungen) oder wurden **in den letzten 5 Jahren** solche Versicherungen beantragt? Wenn ja, wo? Höhe der Jahresrente? Wurden diese zu erschwerten Bedingungen angeboten, angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? ja nein

11. Ab einer jährlichen BU/EU-Rente (einschließlich bestehender Anwartschaften) von 12.001,- EUR oder mehr: Gesamt-Brutto-Arbeitseinkommen der zu versichernden Person in den letzten 12 Monaten?
Bei einer Rente von 30.000,- EUR oder mehr (einschl. bestehender Anwartschaften) siehe Erläuterungen in den Schlusserklärungen auf Seite 6

12. Für wie viele Vollzeitmitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? (Nicht erforderlich bei EUZ) Anzahl:

13. Sind Sie angestellt selbständig/freiberuflich Beamter/-in Student/in Schüler/in Azubi

Fachrichtung, Branche:

14. Beträgt Ihr Anteil an Büro- bzw. aufsichtsführender Tätigkeit mindestens 75 %? ja nein

15. Haben Sie eine abgeschlossene kaufmännische Ausbildung? ja nein

16. Haben Sie in Ihrer derzeit ausgeübten Tätigkeit eine Meisterprüfung abgeschlossen? ja nein

17. Haben Sie ein abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule? ja nein

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 Dialog Lebensversicherungs-AG

Ich willige ein, dass die Dialog 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 – Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten –

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 wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich bzw. unerlässlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 des deutschen StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

2.1. Bei Vertragsabschluss

Ich willige ein, dass die Dialog zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte sind dabei die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, Histologie- und Laborbefunde, diagnostische Befunde, Medikamentenverordnungen, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

2.2. Im Versicherungsfall

Ich willige ein, dass die Dialog zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Satzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den behandelnden Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind auch die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder –beendigung; etwa Anamnese und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, Medikamentenverordnungen, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Pflegebericht, Entlassungsbericht, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG besteht für den Antragsteller und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

Ich willige ein, dass die Dialog Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

2.3. Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich entbinde die in Punkt 2 genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung gemäß Punkt 2.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 des deutschen StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Dialog Lebensversicherungs-AG

Die Dialog verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Dialog benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 des deutschen StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Dialog 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 Dialog zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 des deutschen StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Dialog tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

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

Die Dialog führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Dialog erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt (vgl. Merkblatt Hinweise zum Schutz Ihrer Daten). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dialog-leben.at eingesehen oder beim Datenschutzbeauftragten der Dialog Lebensversicherungs-AG, Stadtberger Straße 99, 86157 Augsburg, ++49/ (0)821 319-0, Datenschutzbeauftragter@dialog-leben.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Dialog Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

3.4. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die Dialog gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 des deutschen 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 Dialog meine Gesundheitsdaten und die sonstigen nach § 203 des deutschen StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbständigen 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 Dialog Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Dialog speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Dialog bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.



Ich willige ein, dass die Dialog 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.

Die vorgenannten Zustimmungserklärungen zur Datenverwendung, -ermittlung und -übermittlung sowie zur Entbindung von der Schweigepflicht können jederzeit insgesamt oder auch einzeln in Bezug auf bestimmte Datenverwendungen oder -erhebungen widerrufen werden.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es bei einem Widerruf zu Verzögerungen in der Antrags- oder der Leistungsfallprüfung kommen kann. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antrags- und/oder Leistungsfallprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

1.

Bitte unbedingt an den markierten Stellen unterschreiben

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer 	Unterschrift der zu versichernden Person 
------------	---	--

Schlusserklärungen und Unterschriften



Die Schlusserklärungen (Seite 6) sowie die Kundeninformationen einschließlich der Tarifbeschreibung (Seite 7) und mein persönliches Angebot habe ich erhalten. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit meiner Unterschrift bestimme ich, dass sie Inhalt dieses Antrags sind.

Eine Kopie des Antrags wird Ihnen sofort nach der Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt.

Der Vermittler bestätigt mit seiner Unterschrift insbesondere, die zur Identitätsfeststellung nach dem Geldwäschegesetz erforderlichen Angaben des Antragstellers in dessen persönlicher Anwesenheit aufgenommen und die Richtigkeit anhand des angegebenen Ausweises geprüft zu haben. Die Angaben treffen zu. Der Ausweis hat im Original vorgelegen.

2.

Bitte unbedingt an den markierten Stellen unterschreiben

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ggf. Firmenstempel und bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter 	Stempel und Unterschrift des Vermittlers
Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person, falls nicht Antragsteller 	

Antrag

A

Vermittlername

Vermittlernummer

Telefonnummer für Nachfragen zum Antrag

Dialog:
Lebensversicherungs-AG

Risikolebensversicherung RISK-vario®

Bitte reichen Sie diese Seite unbedingt mit ein.



Schlusserkklärungen

Einverständniserklärung mit dem Abschluss einer Lebensversicherung

Mit der Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis nach § 159 des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) mit dem Abschluss einer Versicherung auf mein Leben.

Verantwortlichkeit für den Antrag

Der Vermittler darf über die Bedeutung von Antragsfragen oder Erkrankungen keine verbindliche Erklärung abgeben.

Gentests

Gemäß § 67 GentechnikG machen wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung einer genetischen Untersuchung abhängig. Auch bereits vorliegende Befunde aus Gentests werden von uns nicht berücksichtigt und müssen nicht offen gelegt werden.

Hinweis auf Werbewiderspruchsrecht

Derzeit planen wir nicht, Ihre Daten zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- oder Meinungsforschung zu nutzen. Dennoch sind wir nach dem Bundesdatenschutzgesetz verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen, dass Sie der Verwendung Ihrer Daten zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung jederzeit ganz oder zum Teil unter der auf Seite 7 genannten Adresse widersprechen können.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Wir gewähren vorläufigen Versicherungsschutz nach den beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikoversicherung einschließlich Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (ABVVs).

Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist

Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, auch für den Fall, dass der beantragte Versicherungsbeginn erst durch nachträglich eintretende oder geänderte Umstände vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, mit der Folge, dass ich die Beiträge, die auf die Zeit vor Ausübung des Widerrufs entfallen, nicht zurückerhalte.

Antragsteller/Überschussanteile

Ich beantrage,

- sofern es sich um eine Risikolebensversicherung mit laufender Beitragszahlung handelt, die Ermäßigung des Beitrages um den Sofortüberschuss,
- sofern es sich um eine Risikolebensversicherung gegen Einmalbeitrag handelt, die Überschussbeteiligung in Form eines Todesfallbonus,
- sofern eine BUZ eingeschlossen ist, die Ermäßigung des Zusatzbeitrages um den Sofortüberschuss und/oder
- sofern eine EUZ eingeschlossen ist, die Ermäßigung des Zusatzbeitrages um den Sofortüberschuss.

Rechtsnachfolge

Beim Tod des Versicherungsnehmers, der nicht gleichzeitig auch versicherte Person ist, soll die versicherte Person Versicherungsnehmer werden, sofern bis dahin nichts anderes bestimmt ist.

Nettobeitrag

Der Nettobeitrag zum Zeitpunkt der Antragstellung ist der um den Sofortüberschuss verminderte Bruttobeitrag (Tarifbeitrag). Er kann sich ändern, bleibt aber so lange in dieser Höhe, bis innerhalb der jährlichen Überschusserklärung ein neuer Satz festgelegt wird.

Hinweis für den Abschluss von Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrenten

Die Berufs-/Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung kann nur zur Absicherung des Arbeitseinkommens der versicherten Person abgeschlossen werden. Die Absicherung von Darlehensverpflichtungen oder der Ausfall wichtiger Mitarbeiter kann durch den Arbeitgeber nicht versichert werden.

Die Höhe der BU/EU-Rente ist auf 60 % des Bruttoeinkommens unter

Anrechnung sonstiger Renten-/Pensionsansprüche begrenzt.

Nebeneinkünfte (z. B. Honorare von Hochschulprofessoren, Tantiemen für Veröffentlichungen u. dgl.) können nicht berücksichtigt werden.

Zusätzlich werden – zumindest bei Jahresrenten ab 30.000 EUR – noch folgende Nachweise benötigt:

- Angestellte: Kopien der Gehaltsabrechnungen vom Dezember der letzten 3 Jahre mit Jahresbescheinigung.
Selbständige: Kopien der letzten 3 Steuerbescheide Einnahmen/Ausgabenübersichten vom Steuerberater oder dgl.

Bei Absicherung von Versorgungszusagen eine Kopie der Zusage und der letzten Gehaltsabrechnung.

Sofern für den Antrag besondere Vereinbarungen gelten sollen, so müssen diese der Dialog Lebensversicherungs-AG in geschriebener Form angezeigt werden. Sie sind nur mit ausdrücklicher Zustimmung durch uns gültig.

Verantwortlichkeit für den Antrag – Schriftform

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten, andernfalls können wir vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung ablehnen. Für die Richtigkeit ist der Antragsteller allein verantwortlich, auch wenn er den Antrag nicht selbst ausgefüllt hat. Der Vermittler darf über die Bedeutung von Antragsfragen oder Erkrankungen keine verbindliche Erklärung abgeben. Alle Erklärungen müssen in geschriebener Form im Antrag niedergelegt werden. Besondere Vereinbarungen und Vorbehalte bedürfen der schriftlichen Bestätigung des Versicherers.

Anzeigepflicht

Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen müssen in geschriebener Form erfolgen. Der Antragsteller übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben auch dann, wenn er diese nicht eigenhändig geschrieben hat. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass das Verschweigen von Krankheiten und Gebrechen oder von erheblichen Gefahrenumständen, die ihnen bekannt sind bzw. bis Vertragsabschluss bekannt werden, zur Ablehnung von Leistungsansprüchen führen kann.

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz verpflichtet, die Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. die Leistung verweigern.

Tritt zwischen der Antragstellung und der Annahme des Antrages eine Erhöhung der Gefahr ein, so hat der Versicherungsnehmer, sobald er von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen. Ein Gefahrenumstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

Anzeigepflicht Erhöhung der Gefahr

Der Antragsteller verpflichtet sich weiter, dem Versicherer alle Veränderungen im Gesundheitszustand der versicherten Person(en) (Beschwerden, Erkrankungen, Verletzungen, Schwangerschaften), die bis zum Zugang der Police bzw. einem eventuell späteren Versicherungsbeginn eintreten, unverzüglich in geschriebener Form anzuzeigen.

Rücktritt des Versicherers

Wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person beim Vertragsabschluss oder einer Erhöhung der Gefahr kann der Versicherer (außer bei arglistigem Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person) nur innerhalb von drei Jahren zurücktreten (§§ 163 und 164 VersVG).

Verzicht auf die Anwendung von § 41 VersVG

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände wegen Unkenntnis oder unverschuldet nicht angezeigt werden, so sind wir nach § 41 VersVG berechtigt, auf Grund des erhöhten Risikos die Beiträge zu erhöhen oder die Versicherung zu kündigen. Auf dieses Recht verzichten wir hiermit.

Angaben zu politisch exponierten Personen

Wann gehören Sie dem Kreis der politisch exponierten Personen an? Üben oder übten Sie ein wichtiges Amt mit einer Entscheidungsbefugnis auf Staatsebene aus, wie z. B. als Parlamentsmitglied, Regierungsmitglied, Staatssekretär oder sind Sie Mitglied in wichtigen staatlichen Organen wie z. B. obersten Gerichten, Rechnungshöfen oder in Führungsorganen staatlicher Unternehmen? Sind Sie Botschafter, Geschäftsträger oder hochrangiger Offizier der Streitkräfte? Sind Sie ein Familienmitglied einer der vorgenannten Personen?

Falls ja, bitte geben Sie auf einem Beiblatt an:

Welches Amt üben/übten Sie von wann bis wann aus bzw. welcher Art ist Ihre Beziehung zum Amtsträger?

Kundeninformationen

- Ihr Vertragspartner ist die
Dialog Lebensversicherungs-AG
Stadtberger Straße 99, 86157 Augsburg
Postanschrift: Dialog Lebensversicherungs-AG, 86130 Augsburg
Tel: +49 821 319-0, Fax: +49 821 319-1533, E-Mail: info@dialog-leben.de
Sitz der Gesellschaft: Augsburg, Amtsgericht Augsburg HRB 6589
Aufsichtsratsvorsitzender: Stefan Lehmann
Vorstand: Michael Stille (Vorsitzender), Bernd Felske, Edgar Hütten, Uli Rothaufe
- Die von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) genehmigten Hauptgeschäftsfelder der Dialog Lebensversicherungs-AG sind inkl. aller Zusatzversicherungen die Sparten Lebensversicherung und Fondsgebundene Rentenversicherung (Anlage A Nr. 19 und 21 Versicherungsaufsichtsgesetz).
- Garantiefonds für die Lebensversicherung ist die Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin.
- Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag), durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- oder Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr. Die Beiträge werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- Der Versicherungsvertrag kommt durch Ihren Antrag und Zugang des Versicherungsscheins (oder mit Zugang unserer Annahmeerklärung) zustande. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Als Antragsteller sind Sie 6 Wochen an den Antrag gebunden. Ihr Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt.
- Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung sowie die Laufzeit Ihres Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrem persönlichen Angebot bzw. dem Antrag. Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise kündigen.
- Vor und nach Vertragsschluss findet das Recht der Republik Österreich Anwendung.
- Sämtliche Kommunikation und Korrespondenz findet in deutscher Sprache statt.
- Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Deutschland
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de,
Telefon: 0800-3696000 (aus dem Ausland: +49 30 20605899).
Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme des Rechtsweges bleibt durch den außergerichtlichen Rechtsbehelf unberührt.
- Bei Beschwerden können Sie sich außer an uns auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, Deutschland
E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de
- Der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

Rücktrittsrechte des Versicherungsnehmers:

§ 5 b Versicherungsvertragsgesetz

Wenn Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht vor Unterzeichnung des Antrags erhalten oder Ihnen keine Kopie Ihrer Vertragserklärung ausgehändigt worden ist, bzw. den Mitteilungspflichten nach VAG nicht nachgekommen wurde, haben Sie das Recht binnen zwei Wochen schriftlich vom Vertrag zurückzutreten. Die Rücktrittsfrist beginnt, wenn Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen erhalten haben und Ihnen eine Belehrung über Ihr Rücktrittsrecht ausgehändigt wurde. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins.

Das Rücktrittsrecht besteht auch dann, wenn die Vermittlung des Vertrags durch einen Versicherungsagenten erfolgte und Sie die in den §§ 137f, 137g und 137h GewO vorgesehenen Mitteilungen (wie etwa Name, Anschrift, Registereintrag des Agenten) nicht erhalten haben.

§ 5 c Versicherungsvertragsgesetz

Sie können binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen vom Vertrag zurücktreten. Die Frist zur Erklärung des Rücktrittsrechts beginnt, wenn Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen erhalten haben und Ihnen eine Belehrung über Ihr Rücktrittsrecht ausgehändigt wurde sowie die Informationspflichten nach §§ 9a und 18b VAG und §§ 137f Abs 7 und 8 und 137g iVm 137h GewO erfüllt worden. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins.

§ 165a Versicherungsvertragsgesetz

Es besteht ein Rücktrittsrecht von 30 Tagen ab Verständigung vom Zustandekommen des Vertrages. Die Frist zum Rücktritt beginnt – wenn Sie Verbraucher sind – erst nach erfolgter Belehrung über dieses Rücktrittsrecht.

§ 3a Konsumentenschutzgesetz

Sie können binnen einer Woche zurücktreten, wenn maßgebliche Umstände, die bei Abschluss vom Versicherer als wahrscheinlich dargestellt wurden, nicht eintreten oder nur in erheblich geringerem Maße eintreten. Die Frist beginnt ab Kenntnis des nicht oder nicht in dem Ausmaß eingetretenen Umstandes zu laufen. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrages.

§ 3 Konsumentenschutzgesetz

Wenn Sie den Vertrag nicht in den Räumlichkeiten des Versicherungsunternehmens abgeschlossen haben, so können Sie bis zum Zustandekommen des Vertrages jederzeit und danach mit einer Frist von 14 Tagen ab Erhalt des Versicherungsscheins schriftlich vom Vertrag zurücktreten. Die Frist erlischt spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrages. Das Rücktrittsrecht besteht allerdings nicht, wenn Sie beispielsweise den Vertragsschluss selbst angebahnt haben.

§ 8 Fern-Finanzdienstleistungsgesetz

Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (d.h. z.B. über Internet, E-Mail) abgeschlossen, haben Sie die Möglichkeit innerhalb von 30 Tagen schriftlich zurückzutreten. Die Frist beginnt ab der Information über den Vertragsabschluss und den Erhalt der Vertragsunterlagen. Zur Wahrung der Frist genügt es, den Rücktritt per E-Mail auszusprechen. Eine nachfolgende, schriftliche, unterfertigte Rücktrittserklärung ist in diesem Fall jedoch erforderlich.

Form Ihrer Rücktrittserklärung

Bitte beachten Sie, dass Ihre Rücktrittserklärung der geschriebenen Form bedarf. Die Absendung der Rücktrittserklärung innerhalb der oben genannten Fristen reicht aus.

Risikoversicherungstarife

RISK-vario®

Risikolebensversicherung mit wählbarem Verlauf der Versicherungssumme auf ein oder mehrere verbundene Leben gegen laufende Beitragszahlung. Die Beitragszahlungsdauer endet nach Vereinbarung mit der Versicherungsdauer oder vorher. Sofern mehrere Personen versichert sind, wird die jeweils vereinbarte Versicherungssumme nur beim Tod der zuerst sterbenden versicherten Person während der Versicherungsdauer fällig. Bei gleichzeitigem Tod von mehreren versicherten Personen wird die Versicherungssumme nur einmal fällig. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 2 Jahre.

RISK-vario® Einmalbeitrag (EB)

Risikolebensversicherung mit wählbarem Verlauf der Versicherungssumme auf ein oder mehrere verbundene Leben gegen einmalige Beitragszahlung. Sofern mehrere Personen versichert sind, wird die jeweils vereinbarte Versicherungssumme nur beim Tod der zuerst sterbenden versicherten Person während der Versicherungsdauer fällig. Bei gleichzeitigem Tod von mehreren versicherten Personen wird die Versicherungssumme nur einmal fällig. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 1 Jahr.

RISK-vario® risikoadäquat

Risikolebensversicherung mit wählbarem Verlauf der Versicherungssumme auf ein oder mehrere verbundene Leben mit technisch einjähriger Dauer gegen laufende Beitragszahlung. Die Beitragszahlungsdauer endet mit der Versicherungsdauer. Sofern mehrere Personen versichert sind, wird die jeweils vereinbarte Versicherungssumme nur beim Tod der zuerst sterbenden versicherten Person während der Versicherungsdauer fällig. Bei gleichzeitigem Tod von mehreren versicherten Personen wird die Versicherungssumme nur einmal fällig. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 2 Jahre.

Berufsunfähigkeits-Schutz

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer voraussichtlich mindestens 6 Monate zu mindestens 50 % berufsunfähig, besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Haupt- und Zusatzversicherung. Wurde darüber hinaus eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente vereinbart, so wird diese für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt. Der Berufsunfähigkeits-Schutz kann optional um eine Dread Disease Komponente (Einmalzahlung bei bestimmten schweren Erkrankungen) erweitert werden.

Erwerbsunfähigkeits-Schutz

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer voraussichtlich mindestens 6 Monate außer Stande sein, einer Erwerbstätigkeit von mehr als 3 Stunden täglich nachzugehen oder ist sie 6 Monate ununterbrochen außer Stande gewesen, einer Erwerbstätigkeit von mehr als 3 Stunden täglich nachzugehen, besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Haupt- und Zusatzversicherung. Wurde darüber hinaus eine monatliche Erwerbsunfähigkeitsrente vereinbart, so wird diese für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt. Der Erwerbsunfähigkeits-Schutz kann optional um eine Dread Disease Komponente (Einmalzahlung bei bestimmten schweren Erkrankungen) erweitert werden.

Unfalltod-Zusatzversicherung

Stirbt die versicherte Person während der Versicherungsdauer durch Unfalltod, so wird zusätzlich zur Versicherungssumme der Hauptversicherung die vereinbarte Unfalltodleistung fällig. Die zusätzliche Unfalltodleistung kann in Höhe von 50 – 100 % der Versicherungssumme im 1. Jahr der Hauptversicherung eingeschlossen werden. Die maximale Höhe beträgt 500.000 Euro.

Für diese Tarife gelten die Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung (ABRis-A), die ggf. zusätzlich maßgebenden Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik-A), die Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung (BUZv), die Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BBUZ-A) und die Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BEUZ-A).

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikoversicherung einschließlich Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (ABvVs)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftiger Versicherungsnehmer und gewähren Ihnen aufgrund des gestellten Antrags und den nachfolgenden Bedingungen vorläufigen Versicherungsschutz:

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten bzw. vorgesehenen Leistungen.
- (2) Wenn Sie eine Unfalltod-Zusatzversicherung beantragt haben bzw. dafür eine Versicherungsanfrage gestellt haben, zahlen wir zusätzlich die Unfalltod-Versicherungssumme, wenn ein Unfall
 - a) während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist und
 - b) innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag zum Tode der versicherten Person führt.
- (3) Wenn Sie eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt haben bzw. dafür eine Versicherungsanfrage gestellt haben und während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit eintritt, so gilt:
 - a) Eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente und eine Beitragsbefreiung gewähren wir nur, wenn die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.
 - b) Die Leistungen aus der Beitragsbefreiung der Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen wir nur, wenn die Hauptversicherung zustande gekommen ist und solange sie nicht weggefallen ist und solange die Zusatzversicherung mitversichert ist.
 - c) Aus den ggf. beantragten bzw. vorgesehenen Optionen gem. § 1 der Bedingungen für die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung entsteht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes kein Anspruch. In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit spätestens mit Ablauf der für die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragten bzw. vorgesehenen Leistungsdauer oder wenn die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit wieder gegeben ist.
- (4) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir für die Risikoversicherung, einschließlich der Leistungen aus einer Unfall-Zusatzversicherung (UZV), höchstens 100.000,00 EUR, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben bzw. Ihre Versicherungsanfrage höhere Leistungen vorsieht. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge bzw. Versicherungsanfragen auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.
- (5) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit beträgt die Höchstrente 18.000,00 EUR jährlich; die Beitragsbefreiung wird höchstens für eine Versicherungsleistung von 100.000,00 EUR im Rahmen der Risikoversicherung, einschließlich der Unfall-Zusatzversicherung, bzw. 18.000,00 EUR Jahresrente im Rahmen der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung übernommen. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben bzw. Ihre Versicherungsanfrage höhere Leistungen vorsieht oder mehrere Anträge bzw. Versicherungsanfragen zur selben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

- Voraussetzung für einen vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass
- a) der Einlösebeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns ein SEPA-Lastschriftmandat zum Beitragsinzug erteilt worden ist,
 - b) das Zustandekommen der beantragten Versicherung bzw. Ihrer Versicherungsanfrage nicht von besonderen Vereinbarungen seitens des Versicherungsnehmers abhängig gemacht wird.
 - c) der Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage sich im Rahmen der angebotenen Tarife und Bedingungen bewegt,
 - d) der beantragte bzw. der in der Versicherungsanfrage vorgesehene Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags bzw. der Versicherungsanfrage liegt.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage bei uns eingeht.
- (2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet
 - a) falls Sie einen Antrag gestellt haben, wenn
 - der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat,
 - wir Ihren Antrag abgelehnt haben,
 - Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben,
 - Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben,
 - Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs.1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben,
 - die Zahlung des Einlösungsbeitrags nicht erfolgte, der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder der Lastschrift widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
 - b) falls Sie eine Versicherungsanfrage gestellt haben, wenn
 - der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung begonnen hat,
 - wir Ihre Versicherungsanfrage abgelehnt haben,
 - Sie Ihre Vertragserklärung angefochten oder zurückgenommen haben,
 - Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben,
 - Sie uns mitteilen, dass Sie am Abschluss der Hauptversicherung kein Interesse mehr haben,
 - die Zahlung des Einlösungsbeitrages nicht erfolgte, der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder der Lastschrift widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
- (3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag bzw. in der Versicherungsanfrage gefragt ist und von denen die versicherte Person vor ihrer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag bzw. in der Versicherungsanfrage angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

§ 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrages. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsummen gemäß § 1 Abs. 4 und 5. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zu beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen, die Tarifbedingungen und besonderen Bedingungen für die beantragte bzw. vorgesehene Versicherung Anwendung, einschließlich derjenigen für eine mit beantragte bzw. vorgesehene Unfall-Zusatzversicherung (UZV). Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.
- (2) Haben Sie im Antrag bzw. in Ihrer Versicherungsanfrage ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.