

Antrag

A

Vermittlernummer
Vermittlernummer
Telefonnummer für Nachfragen zum Antrag

Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU) Selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (SEU)

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: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet			Leben in Ihrem Haushalt Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Beantragter Versicherungsschutz:					
<input type="checkbox"/> SBU-professional <input type="checkbox"/> SBU-solution® <input type="checkbox"/> SEU-protect®					
*) Bitte das unterschriebene Angebot mit Verlauf der Beiträge je Versicherungsjahr einreichen)					

Optionen:					
<input type="checkbox"/> Rentendynamik im Leistungsfall um <input type="text"/> % (1 - 5 %, ganzzahlig)		<input type="checkbox"/> AU-Option (nur bei SBU-professional)			
<input type="checkbox"/> Dread Disease: Einmalleistung <input type="text"/> Euro (nicht bei SBU-solution®)		<input type="checkbox"/> Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG			
		<input type="checkbox"/> Zusatzzahlung (nicht bei SBU-solution®)			

Versicherungsbeginn	Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer	Jahresrente	Leistungsdauer (ab Versicherungsbeginn)	Karenzzeit
01.	Jahre	Jahre	Euro	Jahre	Monate

Beruf lt. Angebot					
--------------------------	--	--	--	--	--

Dynamik in der Anwartschaft					
Ich wünsche eine Dynamik um <input type="text"/> % (2 - 5 %, ganzzahlig).					

Beitragszahlung (Mindestbeitrag 5,00 Euro netto) <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich					
Gesamtbeitrag laut Zahlungsweise brutto		* kann nicht garantiert werden, siehe Erläuterung in den Schlusserklärungen auf Seite 6.			
Euro		netto*			

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000029008 / 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)
	X	

Bezugsrecht für Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente

Bezugsberechtigt für eine Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente sowie für mögliche Leistungen aus Optionen ist der Versicherungsnehmer.
 Falls Sie ein anderes Erlebensfallbezugsrecht wünschen, bitte nachstehend eintragen (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift):

Fragen an die zu versichernde Person:

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 Zusatzerklärungen 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? Wenn ja: wohin, wann und wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
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)? Wenn ja, nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
2.1. Sofern Dread Disease gewählt: Haben Sie in den letzten 12 Monaten (E-)Zigaretten, (E-)Zigarillos, (E-)Zigarren, (E-)Pfeifen geraucht (siehe hierzu auch § 4a ABsBu-A)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist über Ihre Gesundheit am besten informiert? (Bitte Name und Anschrift angeben)		<input type="text"/>
4. Körpergröße und Gewicht:		<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
5. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6. Sind Sie in den letzten 5 Jahren wegen Krankheiten, Beschwerden oder Störungen untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich: Atmungsorgane, Herz, Kreislauf, Blutdruck, Blutgefäße, Blut, Wirbelsäule, Drüsen, Verdauungsapparat, innere Organe, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brüste, Gehirn, Nerven, 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“)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6.1. Sind Sie in den letzten 5 Jahren wegen Krankheiten, Beschwerden oder Störungen der Psyche (z.B. Angststörung, Burnout-Syndrom, Depression, Essstörung, Neurose, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Selbsttötungsversuch, Überlastungszustand) untersucht, beraten oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8. Bestehen Behinderungen, Amputationen oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
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.		<input type="text"/>
12. Für wie viele Vollzeitmitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? (Nicht erforderlich bei SEU)	Anzahl:	<input type="text"/>
13. Sind Sie <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig/freiberuflich <input type="checkbox"/> Beamter/-in <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Azubi Fachrichtung, Branche:		<input type="text"/>
14. Beträgt Ihr Anteil an Büro- bzw. aufsichtsführender Tätigkeit mindestens 75 %?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
15. Haben Sie eine abgeschlossene kaufmännische Ausbildung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
16. Haben Sie in Ihrer derzeit ausgeübten Tätigkeit eine Meisterprüfung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
17. Haben Sie ein abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.



1.

Bitte unbedingt an den markierten Stellen unterschreiben

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

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 	

A

Vermittlername
Vermittlernummer
Telefonnummer für Nachfragen zum Antrag

**Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU)
Selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (SEU)**

Bitte reichen Sie diese Seite unbedingt mit ein.



Schlussfolgerungen

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 selbstständigen Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABvVssBu/ ABvVssEu).

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 zuruckerhalte.

Antragsteller/uberschussanteile

Ich beantrage die Ermäßigung des Beitrages um den Sofortuberschuss.

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 Sofortuberschuss verminderte Bruttobeitrag (Tarifbeitrag). Er kann sich ändern, bleibt aber so lange in dieser Hohed, bis innerhalb der jährlichen uberschusserklarung ein neuer Satz festgelegt wird.

Hinweis für den Abschluss von Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrenten

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

Die Hohed 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.

Selbstständige: Kopien der letzten 3 Steuerbescheide Einnahmen/Ausgabenubersichten 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 Gefahrenumstanden, 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 Erhohed der Gefahr ein, so hat der Versicherungsnehmer, sobald er von der Gefahrerhohed 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 Erhohed 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 Erhohed 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 unverschuldeter nicht angezeigt werden, so sind wir nach § 41 VersVG berechtigt, auf Grund des erhöheten 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? 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 Fuhrungsorganen 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.
- Sie zahlen während der Beitragszahlungsdauer für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Die Beiträge werden jeweils 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 erhielten 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.

SBU/SEU-Tarife

SBU-Versicherungstarife

1. Tarifbeschreibung unserer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung „SBU-professional“:

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer voraussichtlich mindestens 6 Monate zu mindestens 50 % berufsunfähig, so wird eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt. Darüber hinaus besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Die Beitragszahlungsdauer endet nach Vereinbarung mit der Versicherungsdauer oder vorher. Der Berufsunfähigkeits-Schutz kann optional um eine Dread Disease Komponente (Einmalzahlung bei bestimmten schweren Erkrankungen) erweitert werden.

2. Tarifbeschreibung unserer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung „SBU-solution“:

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer voraussichtlich mindestens 6 Monate zu mindestens 50 % berufsunfähig, so wird eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt. Darüber hinaus besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Es handelt sich bei diesem Tarif um eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit technisch einjähriger Dauer gegen laufende Beitragszahlung. Die Beitragszahlungsdauer endet mit der Versicherungsdauer. Sie können die „SBU-solution“ jederzeit zur Hauptfälligkeit während der Laufzeit in eine „SBU-professional“ zum bisher versicherten Beruf mit maximal gleicher Restlaufzeit und maximal gleich hoher BU-Rente umwandeln. Sofern Sie bei der Umwandlung keine zusätzlichen Optionen wählen, verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

Für diese Tarife gelten die Allgemeinen Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu-A), mit den ggf. zusätzlich maßgebenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Bu-Dynamik-A).

SEU-Versicherungstarif

Tarifbeschreibung unserer selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung „SEU-protect“:

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, so wird eine monatliche Erwerbsunfähigkeitsrente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt. Darüber hinaus besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Die Beitragszahlungsdauer endet nach Vereinbarung mit der Versicherungsdauer oder vorher. Der Erwerbsunfähigkeits-Schutz kann optional um eine Dread Disease Komponente (Einmalzahlung bei bestimmten schweren Erkrankungen) erweitert werden.

Für diesen Tarif gelten die Allgemeinen Bedingungen für die selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABsEu-A) und die ggf. zusätzlich maßgebenden Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Eu-Dynamik-A).

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung (ABvVssBu) und der selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABvVssEu)

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 der nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung und der selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung vorläufigen Versicherungsschutz:

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die beantragten bzw. vorgesehenen Leistungen im Falle des Eintritts einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes, ist aber auf höchstens 18.000 Euro Jahresrente begrenzt. Die Beitragsbefreiung wird ebenfalls höchstens für eine Jahresrente in Höhe von 18.000 Euro übernommen. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt bzw. vorgesehen oder mehrere Anträge bzw. Versicherungsanfragen derselben Person bei uns gestellt worden sind.
- (2) Wenn 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) aus den ggf. beantragten bzw. vorgesehenen Optionen gem. § 1 der Bedingungen für die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung 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. Erwerbsunfähigkeitsversicherung beantragten bzw. vorgesehenen Leistungsdauer oder wenn die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit wieder gegeben ist.

§ 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 Beitrageinzug 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 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.
 - 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 Partei 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 einer 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. 1. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten bzw. vorgesehenen 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. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
- (2) Haben Sie im Antrag bzw. in Ihrer Versicherungsanfrage ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.