



888636346757089372149

Antrag NÜRNBERGER Absicherung der Arbeitskraft

Abschlussstelle Inkassostelle Betreuungsstelle Auswerter Mitarbeiternummer Antragsnummer Web-ID
104000000 104000000 104000000

NÜRNBERGER Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung

der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG, Ostendstr. 100, 90334 Nürnberg

Bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit (BU) oder einer BU infolge Pflegebedürftigkeit während der Versicherungsdauer wird die versicherte BU-Rente gezahlt und eine Befreiung von der Beitragszahlungspflicht vorgenommen. Die Leistung erfolgt, solange die BU besteht, längstens bis zum Ende der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. bis zum Tod der versicherten Person.

Weitere Leistungen: Wiedereingliederungshilfe und Umorganisationshilfe für Selbstständige

Persönliche Daten

Versicherungsnehmer (VN) / Antragsteller sowie Versicherte Person (VP)

*Freiwillige Angaben

Name	test	Titel	
Vorname	test	<input checked="" type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	
Straße (Hauptwohnsitz)	testgasse	Haus-Nr. (Hauptwohnsitz)	5
Land (Hauptwohnsitz)	Deutschland	Postleitzahl (Hauptwohnsitz)	12345
Ort (Hauptwohnsitz)	testhausdn		
Geburtsdatum	01.01.1980	Eintrittsalter	37 Jahre
Geburtsort	testdorcg	Geburtsland	Deutschland
Staatsangehörigkeit	deutsch		
Familienstand	<input type="checkbox"/> Verheiratet <input checked="" type="checkbox"/> Nicht verheiratet		
E-Mail*			
Telefon 1*		Telefon 2*	
Berufsgruppe	5		
Bereits Kunde der NÜRNBERGER	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		NÜRNBERGER Vertragsnummer





Versicherungstechnische Daten

Bei Berufsunfähigkeit bzw. bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (Comfort-Schutz):

- Beitragsbefreiung
- Eine monatliche Rente

Vertragsbeginn	01.08.2017		
Tarifbezeichnung	SBU2900C	Garantierte jährliche Rentensteigerung	keine
Vertragsdauer	bis Endalter 67	Karenzzeit	keine
Beitragszahlungsdauer	bis Endalter 67		
Jährliche Rente	30.000 EUR	Vorrang hat	<input checked="" type="checkbox"/> Leistung <input type="checkbox"/> Beitrag
Überschussverwendung	Abzug vom Beitrag		

(Gesamt-)Beitrag für Ihre Vorsorge

BruttoBeitrag monatlich	398,77 EUR	NettoBeitrag monatlich (zu zahlender Beitrag)	271,16 EUR ¹⁾
-------------------------	------------	---	--------------------------

¹⁾ **NettoBeitrag gemäß derzeitiger Überschussbeteiligung. Der NettoBeitrag kann nicht über die gesamte Laufzeit garantiert werden und verringert oder erhöht sich, wenn sich die Überschusssätze ändern. Beachten Sie dazu bitte auch die Erläuterungen auf den Hinweisseiten.**

NÜRNBERGER Plus

Vereinbart sind planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Versicherungsleistungen. Siehe Erläuterungen auf den Hinweisseiten!

Der Beitrag erhöht sich jährlich um 5 %
<input type="checkbox"/> Anderer Erhöhungsmaßstab: %

Bezugsberechtigung für alle Versicherungsleistungen

solange die (haupt)versicherte Person lebt	nach deren Tod
<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer
<input type="checkbox"/> (haupt)versicherte Person	<input type="checkbox"/> Ehegatte der (haupt)versicherten Person, mit dem sie bei ihrem Ableben verheiratet war
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausschlüsse

Sonstige Vereinbarungen

Voraussetzungen

Ist der Antrag von besonderen Voraussetzungen abhängig? (Der Antrag gilt nur, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Beitragszahlung

Beitrag

Berufsunfähigkeits-Versicherung	Zahlweise: monatlich	netto 271,16 EUR
---------------------------------	----------------------	------------------

Zahlweg

<input checked="" type="checkbox"/> Lastschrift	<input type="checkbox"/> Dauerauftrag
---	---------------------------------------

LV-Antrag von Antragsteller test test geb. am 01.01.1980





SEPA-Lastschriftmandat

Konzerngesellschaft	Gläubiger-Identifikations-Nr.
<input checked="" type="checkbox"/> NÜRNBERGER Lebensversicherung AG	DE96ZZZ00000022103
<input type="checkbox"/> NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG	DE39ZZZ00000044954
<input type="checkbox"/> NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG	DE26ZZZ00000022102
<input type="checkbox"/> NÜRNBERGER Krankenversicherung AG	DE14ZZZ00000057335
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg	

Mit diesem Formular **ermächte** ich die vertragsführende Konzerngesellschaft zum Lastschrifteinzug. Diese wird mich rechtzeitig vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer(n) mitteilen.

Kontoinhaber

<input checked="" type="checkbox"/> Kontoinhaber = Versicherungsnehmer
--

Daten des Kontoinhabers (nur auszufüllen, wenn nicht Versicherungsnehmer)

(Familien-)Name	test	Titel	
Vorname	test	<input checked="" type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Firma
Straße (Hauptwohnsitz)	testgasse	Haus-Nr. (Hauptwohnsitz)	5
Land (Hauptwohnsitz)	Deutschland	Postleitzahl (Hauptwohnsitz)	12345
Ort (Hauptwohnsitz)	testhausdn		

Ich ermächtige die oben genannte Konzerngesellschaft, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Konzerngesellschaft auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vorab angekündigt wird.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung

<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Lastschrift	<input type="checkbox"/> Einmallaschrift
IBAN	
Geldinstitut	
BIC (sofern zur Hand)	

Wichtig: Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
03.07.2017	

LV-Antrag von Antragsteller test test geb. am 01.01.1980





Wirtschaftlich Berechtigter

wirtschaftlich Berechtigter ist:

☐ der Versicherungsnehmer ☐ der abweichende Kontoinhaber ☐ eine andere natürlich Person

Name		Titel		
Vorname		<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Firma
Straße (Hauptwohnsitz)		Haus-Nr. (Hauptwohnsitz)		
Land (Hauptwohnsitz)		Postleitzahl (Hauptwohnsitz)		
Ort (Hauptwohnsitz)				
Geburtsort		Geburtsland		
Staatsangehörigkeit				

Steueransässigkeit/Steuerpflicht - Wirtschaftlich Berechtigter

Ja Nein

Sind Sie, der wirtschaftlich Berechtigte, ausschließlich in Deutschland steueransässig und/oder steuerpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchem Staat außerhalb von Deutschland besteht die Steuerpflicht/Steueransässigkeit?		
Wie ist Ihre dortige Steuernummer?		
Sind Sie in weiteren Staaten steueransässig und/oder steuerpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie in weiteren Staaten steueransässig bzw. steuerpflichtig, teilen Sie uns bitte den jeweiligen Staat und Ihre jeweilige dortige Steuernummer mit. Nutzen Sie hierfür bitte die "Sonstigen Vereinbarungen".

Steueransässigkeit/Steuerpflicht

Ja Nein

Sind Sie, der Antragsteller, ausschließlich in Deutschland steueransässig und/oder steuerpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchem Staat außerhalb von Deutschland besteht die Steuerpflicht/Steueransässigkeit?		
Wie ist Ihre dortige Steuernummer?		
Sind Sie in weiteren Staaten steueransässig und/oder steuerpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie in weiteren Staaten steueransässig bzw. steuerpflichtig, teilen Sie uns bitte den jeweiligen Staat und Ihre jeweilige dortige Steuernummer mit. Nutzen Sie hierfür bitte die "Sonstigen Vereinbarungen" oder das Formular L300_003.

Politisch exponierte Personen

☐ Ich, der Antragsteller (neuer Versicherungsnehmer) bin oder ggf. ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder ein Bezugsberechtigter ist eine politisch exponierte Person.

Angaben über die Herkunft der eingesetzten Vermögenswerte

(Zu beantworten, wenn die laufenden Beiträge 12.000,00 EUR pro Jahr bzw. der Einmalbeitrag 100.000,00 EUR übersteigt oder wenn der Antragsteller (Versicherungsnehmer) oder ggf. ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder ein Bezugsberechtigter eine politisch exponierte Person ist)

Bitte machen Sie nähere Angaben über die Herkunft der Vermögenswerte, die für den Vertrag eingesetzt werden und fügen Sie geeignete Belege als Nachweis bei:

<input type="checkbox"/> laufendes Einkommen	<input type="checkbox"/> Ersparnisse	<input type="checkbox"/> ablaufende Lebens-/Rentenversicherung
<input type="checkbox"/> Erbschaft	<input type="checkbox"/> Immobilienverkauf	<input type="checkbox"/> Betriebsvermögen
<input type="checkbox"/> sonstige belegbare Herkunft		

LV-Antrag von Antragsteller test test

geb. am 01.01.1980





Die Risikoprüfung der NÜRNBERGER bewertet Ihre Angaben. Bitte beantworten Sie alle zum Ausfüllen und/oder Ankreuzen vorgesehenen Textfelder im Antrag vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände genau an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen, wie z. B. Ihren Namen oder Ihr Geburtsdatum. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die NÜRNBERGER unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern.

Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) auf den Folgeseiten.

Erklärungen der versicherten Person test test, geb. 01.01.1980

Bitte die nachstehenden Fragen mit **Ja** oder **Nein** beantworten

Ja Nein

Ausgeübte Tätigkeit

Welche Tätigkeit üben Sie aus?	CNC-Programmierer/in (Techniker/in)	
--------------------------------	-------------------------------------	--

Berufsrisiko- und Freizeitrisiko

Sind Sie im Beruf Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit explosiblen oder radioaktiven Stoffen)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in der Freizeit Gefahren ausgesetzt (z. B. Motorsport-Aktivitäten, Fallschirmspringen, Flugsport einschließlich Gleitschirmfliegen oder Hängegleiten, Kampfsport, Tauchsport, Reitsport oder Bergsport, ausgenommen Wandern)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Auslandsaufenthalte

Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder in Krisengebieten* vorgesehen? (*Krisengebiete sind Länder und Regionen, für die eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht. Informationen hierzu finden Sie in der Rubrik "Reise und Sicherheit" unter www.auswaertiges-amt.de).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--------------------------	-------------------------------------

Gesamtversicherungsschutz

Wurden in den letzten 5 Jahren Lebensversicherungen, Dread-Disease-Versicherungen (Leistung bei schwerer Erkrankung) bzw. Berufs-/Erwerbs-/Schulunfähigkeits-, Erwerbsausfall- oder Pflegerentenversicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder erschwert angenommen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben (einschließlich Berufs-, Erwerbs-, Schulunfähigkeits-, Erwerbsausfall-, Dread-Disease- oder Pflegerentenversicherungen) oder wurden in den letzten 5 Jahren bzw. werden zeitgleich solche beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Einkommen

Wie hoch ist Ihr Netto-Jahreseinkommen des laufenden Jahres?	70.000 EUR/Jahr	
Wie hoch ist Ihr Netto-Jahreseinkommen des Vorjahres?	70.000 EUR/Jahr	
Wie hoch ist Ihr Netto-Jahreseinkommen des vorletzten Jahres?	70.000 EUR/Jahr	

LV-Antrag von Antragsteller test test

geb. am 01.01.1980





Tätigkeitsmerkmale (1/1/5/3/1/n)

Welchen **Berufsstand** haben Sie?

- ☒ Angestellter (1)
- ☐ Angestellter, öffentlicher Dienst (2)
- ☐ Arbeiter (3)
- ☐ Beamter (4)
- ☐ Beamtenanwärter (5)
- ☐ Polizist (6)
- ☐ Soldat/Bundespolizei (6)
- ☐ Praktikant (7)
- ☐ freiwillig Wehrdienstleistende/BFD (8)
- ☐ Selbstständiger (9)
- ☐ Selbstständiger (GRV-pflichtig) (9)
- ☐ Selbstständiger (Versorgungswerk) (9)
- ☐ Freiberufler (10)
- ☐ Freier Mitarbeiter (11)
- ☐ Student (12)
- ☐ Lehramtsstudent (12)
- ☐ Auszubildender (13)
- ☐ Arbeitsloser (14)
- ☐ nicht erwerbstätig (15)
- ☐ Hausfrau (15)

Was ist Ihre höchste **Berufsausbildung**?

- ☒ Meisterprüfung (1)
- ☐ Weiterbildung zum Techniker (2)
- ☐ Weiterbildung zum Fach-/Betriebswirt (3)
- ☐ Kaufmännische Berufsausbildung (4)
- ☐ Industrielle Berufsausbildung (5)
- ☐ Handwerkliche Berufsausbildung (6)
- ☐ Sonstige Berufsausbildung (7)
- ☐ Keine Berufsausbildung (8)

Was ist Ihr höchster **Bildungsabschluss**?

- ☐ Staatsexamen (Universität) (1)
- ☐ Diplom, Magister (1)
- ☐ Diplom (Fachhochschule) (1)
- ☐ Master (Universität) (1)
- ☐ Master (Fachhochschule) (1)
- ☐ Bachelor (Universität) (2)
- ☐ Bachelor (Fachhochschule) (2)
- ☐ Abitur (3)
- ☐ Fachabitur (4)
- ☒ Realschulabschluss / Qualifizierter Hauptschulabschluss (5)
- ☐ Hauptschulabschluss (6)
- ☐ Kein Abschluss (7)

LV-Antrag von Antragsteller test test

geb. am 01.01.1980





Ja Nein

Wie hoch ist der Anteil Ihrer **Bürotätigkeit**?

- ☐ 80-100 % (1)
☐ 40-79 % (2)
☒ 0-39 % (3)

Wie hoch ist Ihre **Leitungsfunktion**?

- ☒ keine (1)
☐ 1-3 Mitarbeiter (2)
☐ 4-9 Mitarbeiter (3)
☐ 10-15 Mitarbeiter (4)
☐ 16-30 Mitarbeiter (5)
☐ >30 Mitarbeiter (6)

Nikotinkonsum

Haben Sie in den letzten 12 Monaten (elektrische) Zigaretten, (elektrische) Zigarren, (elektrische) Zigarillos, (elektrische) Pfeifen genossen bzw. Nikotin in anderer Form (z. B. Kautabak, Schnupftabak), gleichgültig in welcher Menge, aktiv zu sich genommen?

☐ ☒

Gesundheit

Körpergröße	180 cm	
Gewicht	80 kg	
In Klammern sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Es handelt sich nicht um eine vollständige Auflistung. Bitte geben Sie auch Sachverhalte an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen (evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden).		
Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen		
1a) des Herzens, Kreislaufs, der Gefäße (z.B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Thrombose)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1b) der Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1c) der Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz (z.B. Magengeschwür, Darmblutung, erhöhte Leberwerte)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1d) der Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brust (z.B. Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Zystennieren, Blut- oder Eiweißausscheidung)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1e) des Stoffwechsels, Blutes, der Lymphknoten, Schilddrüse (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1f) des Gehirns, Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Migräne, Lähmung, chronische Schmerzen, Gangunsicherheit)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1g) der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder sowie Wirbelsäule, Bandscheiben (z.B. Amputation, Bewegungseinschränkungen, Gelenkfehlstellung, Meniskusriss, Bandscheibenvorwölbung, Rheuma, Fibromyalgie)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1h) der Augen (z.B. Linsentrübung, Augenfehlstellung, erhöhter Augendruck, Netzhauterkrankung, Sehnerventzündung, Keratokonus, Fehlsichtigkeit über 6 Dioptrien)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1i) der Ohren (z.B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1j) der Haut oder Allergien (z.B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1k) gutartige Tumorerkrankungen (z.B. Zyste, Adenom)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1l) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z.B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Borreliose)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1m) der Psyche (z.B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung), Suchterkrankung (z.B. Einnahme von Drogen, Folgen von Alkoholgenuss)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (M.d.E.), Wehrdienstbeschädigung (WDB), Pflegestufe, ein Grad der Behinderung (G.d.B.) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wurde in den letzten 5 Jahren eine Pflegestufe anerkannt oder beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

LV-Antrag von Antragsteller test test

geb. am 01.01.1980





	Ja	Nein
2. Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs), erfolgte ein Selbsttötungsversuch oder wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Behandler (z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wurden in den letzten 12 Monaten Arzneimittel (z.B. Blutdruckmittel, Asthmaspray, entzündungshemmende Medikamente, Schilddrüsen-tabletten) verordnet bzw. eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Erfolgt in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder haben Sie einen Unfall, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hausarzt		
Name des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse unterrichtet ist		

Zusätzliche Angaben der versicherten Person test test, geb. 01.01.1980

	Ja	Nein
Berufsrisiko- und Freizeitrisiko		
Berufsrisiko		
Welcher beruflichen Gefahr sind Sie ausgesetzt?		
<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt in Vergangenheit		
<input type="checkbox"/> Berufsflyger		
<input type="checkbox"/> Berufssportler		
<input type="checkbox"/> besondere berufliche Belastung		
<input type="checkbox"/> Erdgasförderung		
<input checked="" type="checkbox"/> Erdölförderung		
<input type="checkbox"/> siehe Beruf		
<input type="checkbox"/> sonstiges		
<input type="checkbox"/> spezielle Sicherheitsvorschriften im Beruf		
<input type="checkbox"/> Umgang mit gesundheitsschädlichen Substanzen		
<input type="checkbox"/> Umgang mit radioaktiven Substanzen		
<input type="checkbox"/> Umgang mit Sprengstoff		

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die jeweils vertragsführende Gesellschaft, die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG - nachfolgend NÜRNBERGER genannt -, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, unsere IT-Dienstleister und Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der NÜRNBERGER unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die NÜRNBERGER selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2. und 5.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der NÜRNBERGER (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

LV-Antrag von Antragsteller test test geb. am 01.01.1980





1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die NÜRNBERGER die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

- ☐ Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER - soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.
- Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu 10 Jahren vor Antragstellung an die NÜRNBERGER übermittelt werden.
- Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die NÜRNBERGER tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.
- Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

- ☐ Ich wünsche, dass mich die NÜRNBERGER in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die NÜRNBERGER einwillige
 - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.
- Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.
- Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von 5 Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die NÜRNBERGER konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss für die NÜRNBERGER konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

- ☐ Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein, wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. - Möglichkeit I).

LV-Antrag von Antragsteller test test

geb. am 01.01.1980





3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der NÜRNBERGER

Die NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

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

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

Die NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die NÜRNBERGER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die NÜRNBERGER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet (unter www.nuernberger.de/datenschutz) eingesehen oder (bei NÜRNBERGER, 90334 Nürnberg, Telefon 0911 531-5, info@nuernberger.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die NÜRNBERGER Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

LV-Antrag von Antragsteller test test

geb. am 01.01.1980





3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die NÜRNBERGER gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die NÜRNBERGER Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der NÜRNBERGER bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER meine Gesundheitsdaten - wenn der Vertrag nicht zustande kommt - für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

5. Abfrage bei Auskunfteien

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken, der Prüfung der Leistungspflicht und der Vertragsverwaltung können auch Daten zur Bonität oder aus Scoringverfahren erforderlich sein. Die NÜRNBERGER benötigt hierzu Ihre Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER bei Vertragsabschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von einer Auskunftei (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform) einholt und nutzt.

Ebenso willige ich ein, dass zum gleichen Zweck von der informa HIS GmbH oder ggf. weiteren vergleichbaren Unternehmen eine in einem Scorewert zusammengefasste Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit, die auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren (beruhend auf Erfahrungswerten) erzeugt wird, eingeholt und genutzt wird. Insoweit entbinde ich die für die NÜRNBERGER tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Unterschrift des Antragstellers und der (haupt)versicherten Person(en)

Bevor Sie dieses Antragsformular unterschreiben, lesen Sie bitte auf den Folgeseiten die "Wichtigen Erklärungen des Antragstellers", die "Wichtigen Hinweise zum Antrag" und die "Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag". Ihre Unterschrift gilt für alle vorstehend gesondert hervorgehobenen datenschutzrechtlichen Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen. Sämtliche Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie diese Erklärungen zum Inhalt Ihres Antrags/Ihrer Anträge.

Es besteht ggf. vorläufiger Versicherungsschutz gemäß der "Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz".

Die Risikoprüfung der NÜRNBERGER bewertet Ihre Angaben. Bitte beantworten Sie alle zum Ausfüllen und/oder Ankreuzen vorgesehenen Textfelder im Antrag vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände genau an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen, wie z. B. Ihren Namen oder Ihr Geburtsdatum. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die NÜRNBERGER unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern.

Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) auf den Folgeseiten.

Ihre Unterschrift(en) (Vor- und Zuname) - gilt/gelten für alle hier beantragten Verträge!

Ort	testhausdn	Datum	03.07.2017
Unterschrift des Antragstellers			

LV-Antrag von Antragsteller test test geb. am 01.01.1980





Verbraucherinformationen

Bevor Sie den Erhalt der Verbraucherinformationen bestätigen, lesen Sie bitte die "Information zur Antragstellung" auf den Folgeseiten. Die Verbraucherinformationen habe ich (in Papierform oder/und in elektronischer Form wie z. B. gebrannte CD, USB-Stick) vollständig erhalten und bin mit der Aushändigung in dieser Form einverstanden.

Ort	testhausdn	Datum	03.07.2017
Unterschrift des Antragstellers			

Raum für Vermerke des Vermittlers

Hinweis zu den Gesundheitsfragen

Die Gesundheitsfragen wurden vom Antragsteller/der zu versichernden Person selbst ausgefüllt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Für die Gesundheitsfragen wurden zusätzlich gesonderte Beiblätter verwendet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Verbraucherinformationen

<input type="checkbox"/> Ich habe dem Antragsteller bzw. dessen gesetzlichen Vertreter(n) die Verbraucherinformationen in folgender Form zur Verfügung gestellt:		
<input type="checkbox"/> Papier	<input type="checkbox"/> Datenträger (z. B. gebrannte CD, USB-Stick)	<input type="checkbox"/> E-Mail
<input type="checkbox"/>		

Sonstige Vermerke

--

Bestätigung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. Ich bescheinige ferner, dass nach Prüfung der Angaben die Unterschriften im Antrag eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den schriftlichen Antragserklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind. Insbesondere erkläre ich hiermit, dass alle Angaben des Antragstellers/der versicherten Person(en) zu seinen/ihren gesundheitlichen Verhältnissen wertungsfrei in den Antrag aufgenommen wurden.

Ort	testhausdn	Datum	03.07.2017
Unterschrift des Vermittlers			

Vermittelt durch:

Name			
Ansprechpartner			
Straße			
Haus-Nr.			
Land			
Postleitzahl			
Ort			
E-Mail			
Telefon 1			
Telefon 2			
Fax			

LV-Antrag von Antragsteller test test geb. am 01.01.1980





In Kooperation mit:

Name	
Straße	
Haus-Nr.	
Land	
Postleitzahl	
Ort	

LV-Antrag von Antragsteller test test geb. am 01.01.1980



Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) X880_003_201409

Mir ist bekannt, dass die nachfolgende Belehrung für alle hier beantragten Versicherungen und Zusatzversicherungen mit Ausnahme von Kranken-(Zusatz-)Versicherungen gilt. Für Kranken-(Zusatz-)Versicherungen gilt ausschließlich die Belehrung auf der Folgeseite.

Mir ist bekannt, dass bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt ist, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben sind. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern kann.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletze ich die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Gesellschaft kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gesellschaft den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn ich nachweise, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn ich die Anzeigepflicht arglistig verletzt habe.

Bei einem Rücktritt steht der Gesellschaft der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Ich habe dann Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswerts.

2. Kündigung

Kann die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil ich die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt habe, kann die Gesellschaft den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern dies bedingungsgemäß oder gesetzlich vorgesehen ist und die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Gesellschaft den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Wurde die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichtet die Gesellschaft – ausgenommen bei der Unfallversicherung – bedingungsgemäß auf die Ausübung ihres Kündigungsrechts.

3. Vertragsänderung

Kann die Gesellschaft nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft rückwirkend Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Die Vertragsänderung kann (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Gesellschaft die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht werde ich in einer gesonderten Mitteilung hingewiesen.

Wurde die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichtet die Gesellschaft – ausgenommen bei der Unfallversicherung – bedingungsgemäß auf die Ausübung ihres Rechts auf Vertragsänderung.

4. Ausübung der Rechte der Gesellschaft

Die Gesellschaft kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die Gesellschaft nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die eben genannte Frist nicht verstrichen ist.

Die Gesellschaft kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von 5 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn ich die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt habe.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gesellschaft, die Kenntnis und Arglist meines Stellvertreters als auch meine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Ich kann mich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder meinem Stellvertreter noch mir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.

Beachten Sie bitte ggf. auch die „Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht)“ zur Krankenversicherung auf der Folgeseite.

Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) X880_003_201409

Mir ist bekannt, dass die nachfolgende Belehrung für alle hier beantragten Kranken-(Zusatz-)Versicherungen gilt.

Mir ist bekannt, dass bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt ist, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben sind. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern kann.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletze ich die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Habe ich die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt, kann die Gesellschaft dann nicht zurücktreten, wenn sie den Vertrag bei Kenntnis der Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gesellschaft den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn ich nachweise, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn ich die Anzeigepflicht arglistig verletzt habe.

Bei einem Rücktritt steht der Gesellschaft der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil ich die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt habe, kann die Gesellschaft den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung hat zur Folge, dass der Vertrag für die Zukunft beendet wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Gesellschaft den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann die Gesellschaft nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft rückwirkend Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, steht der Gesellschaft kein Recht zur Vertragsänderung zu.

Die Vertragsänderung kann (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Gesellschaft die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht werde ich in einer gesonderten Mitteilung hingewiesen.

4. Ausübung der Rechte der Gesellschaft

Die Gesellschaft kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die Gesellschaft nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die eben genannte Frist nicht verstrichen ist.

Die Gesellschaft kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn ich die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt habe.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gesellschaft, die Kenntnis und Arglist meines Stellvertreters als auch meine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Ich kann mich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder meinem Stellvertreter noch mir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.



Einwilligungserklärung zur Telefon- und E-Mail-Werbung

Sie können sich mit Ihrem Einverständnis jetzt zusätzlichen Telefon- und/oder E-Mail-Service sichern. Ihre Einwilligung ist freiwillig und ohne Einfluss auf ein künftiges oder bestehendes Vertragsverhältnis mit Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung*.

☐ Frau ☒ Herr ☐ Firma

Name, Vorname

test, test

VSNR (bitte unbedingt angeben!)

Straße, Hausnummer

testgasse 5

Postleitzahl, Ort

12345 testhausdn

Telefon

E-Mail

Einwilligungserklärung zur Telefon- und E-Mail-Werbung

Die Kundin/der Kunde ist damit einverstanden, künftig zum Zweck der Beratung und Information (Werbung) über Versicherungsprodukte und Finanzdienstleistungen der Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung* von den zuständigen Vermittlern und den Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung*

☐ per Telefon ☐ per E-Mail

kontaktiert zu werden.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Die Kundin/der Kunde ist damit einverstanden, dass die Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung* und die zuständigen Vermittler die persönlichen Angaben zum Zweck der Beratung und Information (Werbung) per Post und wie oben angekreuzt über Versicherungsprodukte und Finanzdienstleistungen verwenden, eventuell unter Einbeziehung von Dienstleistern. Darüber hinaus erfolgt die Weitergabe der Daten an Dritte nur zur Vertragsdurchführung oder wenn eine gesetzliche Verpflichtung dazu besteht.

Die Kundin/der Kunde erhält in den nächsten Tagen eine schriftliche Bestätigung der Einwilligungen.

Widerruf der Einwilligungserklärungen

Die Kundin/der Kunde wurde darüber aufgeklärt, dass sie/er das Einverständnis zum Post- und/oder Telefon- und/oder E-Mail-Service widerrufen kann, z. B. telefonisch unter 0911 531-5 oder per E-Mail an info@nuernberger.de. Dies hat keinen Einfluss auf künftige oder bestehende Vertragsverhältnisse mit Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung*.

testhausdn, 03.07.2017

Ort, Datum

Name

Name des Vermittlers

104000000

Agenturnummer (für Rückfragen)

Vermittlerunterschrift

Bitte senden an:

NÜRNBERGER Versicherungsgruppe, Abteilung ZS-Postservice, 90334 Nürnberg

Fax 0911 531-3206 oder info@nuernberger.de

*Unter www.nuernberger.de/impressum finden Sie Informationen zu den Konzerngesellschaften der NÜRNBERGER Versicherung.