

# Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine

## **Basis**

- INTER ProBeruf®  
Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung

## **Exklusiv**

- INTER ProBeruf®  
Berufsunfähigkeitsversicherung mit Verlängerungsoption

## **Premium**

- INTER ProBeruf®  
Berufsunfähigkeitsversicherung

GS-Eingang	Direktions-Eingang	PBD	OBD	IBD	GA	ANTR. NR.	ADM1+PROD.-ANT.%	ADM2+PROD.-ANT.%	ADM3+PROD.-ANT.%
								ADM-BKM/Koop.-feld	<input type="checkbox"/> Eigenabschluss <input type="checkbox"/> Nachweis <input type="checkbox"/> Gemeinsam

## Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine dynamische Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung bei der INTER Lebensversicherung AG

**Neuantrag** Erhöhungs-/Änderungsantrag zur Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_ Mit ärztl. Untersuchung  ja  nein  
 abweichend davon  Angebotsanforderung VS an  VN  GS (über 2.500 EUR Monatsrente – gegenseitige Anrechnung)

### A. Antragsteller (Versicherungsnehmer/Versicherte Person)

Titel \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  divers Familienstand: \_\_\_\_\_ 1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden, 4 = verwitwet, 5 = eheähnliche Gemeinschaft, 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft  
 Vorname \_\_\_\_\_ Zuname \_\_\_\_\_ Steueridentifikationsnummer \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit deutsch  oder welche \_\_\_\_\_  
 Geburtsort \_\_\_\_\_ Ständig in D seit \_\_\_\_\_  
 Geburtsland \_\_\_\_\_ **Ihr Status**  
 Arbeitnehmer/in  Selbstständige/Selbstständiger seit \_\_\_\_\_  
 Freiberufler/in  Beamtin/Beamter seit \_\_\_\_\_  
 Schüler/in oder Student/in  Soldat/in  
 Hausfrau/Hausmann  Auszubildende/r  
 Sonstiges \_\_\_\_\_  
 Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche, Amtsbezeichnung, Dienstgrad \_\_\_\_\_  
 Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_ **Ihre Berufsgruppe**  
 Heilwesen  Handwerker/in  
 Sonstige \_\_\_\_\_  
 Adresszusatz \_\_\_\_\_  
 PLZ (für Straße) \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ **Sind Sie Jäger/in?**  Ja  Nein  
 Telefon privat (mit Vorwahl)\* \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich (mit Vorwahl)\* \_\_\_\_\_  
 Fax privat (mit Vorwahl)\* \_\_\_\_\_ Fax geschäftlich (mit Vorwahl)\* \_\_\_\_\_  
 E-Mail privat\* \_\_\_\_\_ E-Mail geschäftlich\* \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angaben

### B. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die INTER Krankenversicherung AG<sup>1)</sup>, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Krankenversicherung AG<sup>1)</sup> auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich ermächtige die INTER Service GmbH<sup>2)</sup>, den Mitgliedsbeitrag des Versorgungswerkes von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Service GmbH<sup>2)</sup> auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Titel \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  divers  
 Vorname (Kontoinhaber) \_\_\_\_\_ Zuname (Kontoinhaber) \_\_\_\_\_ Kreditinstitut \_\_\_\_\_  
 Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_  
 PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> Die INTER Krankenversicherung AG, mit der Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001899172, führt den Lastschrifteinzug auch für die INTER Lebensversicherung AG und die INTER Allgemeine Versicherung AG durch.

<sup>2)</sup> Gläubiger-Identifikationsnummer der INTER Service GmbH: DE51ZZZ00001899669

an Iv probetuf 2010 LV99960000061400

### C. Zu versichernde Person (Eintragungen nicht erforderlich, wenn mit Antragsteller identisch)

Titel _____		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers		Familienstand:	
Vorname _____		Zuname _____		1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden, 4 = verwitwet, 5 = eheähnliche Gemeinschaft, 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft	
Geburtsdatum _____		Geburtsname _____		Steueridentifikationsnummer _____	
Geburtsort _____		Staatsangehörigkeit deutsch <input type="checkbox"/> oder welche _____		Ständig in D seit _____	
Geburtsland _____		Selbstständig <input type="checkbox"/> ja seit _____ <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Student/in oder Auszubildende/r	
Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche, Amtsbezeichnung, Dienstgrad _____		Beamter/in <input type="checkbox"/> ja seit _____ <input type="checkbox"/> nein			
Straße/Haus-Nr. _____		Telefon privat (mit Vorwahl)* _____		Telefon geschäftlich (mit Vorwahl)* _____	
Adresszusatz _____		Fax privat (mit Vorwahl)* _____		Fax geschäftlich (mit Vorwahl)* _____	
PLZ (für Straße) _____		Wohnort _____		E-Mail privat* _____	
				E-Mail geschäftlich* _____	

\*freiwillige Angaben

### D. Bezugsberechtigung

#### Versicherungsnehmer

abweichend davon an  
(andere Person mit Namen, Vornamen, Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

### E. Leistungen

#### Basis

#### INTER ProBeruf® (Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung)

Es gelten die Allgemeinen Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung

Versicherungsbeginn		Eintrittsalter Jahre							
0 1 _____		_____							
Tarifbezeichn.	Versionsnr.	monatl. Erwerbsunfähigkeitsrente EUR	Beitragszahlungs- und Versicherungsdauer bis Endalter	Leistungsdauer bis Endalter	Beitrag EUR bei Zahlungsweise	Effektivbeitrag zzt. EUR			
J 0 1 _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1/12 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/1	_____		_____	

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung erwerbsunfähig, wird die versicherte Rente, solange die versicherte Person lebt, monatlich im Voraus gezahlt, längstens bis zum Ende der Leistungsdauer.

Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit ergibt sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung, deren Bestimmungen auch für den Zeitpunkt der Leistungspflicht maßgebend sind.

#### Restleistungsvermögen

Falls nichts anderes angekreuzt wird, gilt: Restleistungsvermögen 3 Stunden. Abweichend  1 Stunde.

**Überschussverwendungsform:** Sofern nichts anderes angekreuzt, gilt die Beitragsverrechnung.

Fondsanlage im folgenden Fonds (nur eine Auswahl ist möglich):\*)

- |   |                    |   |                    |
|---|--------------------|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> iShares Core MSCI World UCITS ETF              | ISIN: IE00B4L5Y983 | <input type="checkbox"/> iShares MSCI World SRI ETF | ISIN: IE00BYX2JD69 |
| <input type="checkbox"/> iShares Edge MSCI World Minimum Volatility ETF | ISIN: IE00B8FHGS14 | <input type="checkbox"/> DWS ARERO – Der Weltfonds  | ISIN: LU0360863863 |

\*) Mir ist bekannt, dass bei der Anlage der Überschussanteile in Fonds das Kapitalanlagerisiko bezüglich der Überschussanteile von mir getragen wird. Die garantierten Werte sind hiervon nicht betroffen. Erläuternde Informationen zu den genannten Fonds habe ich erhalten.

## Exklusiv

### INTER ProBeruf® (Berufsunfähigkeitsversicherung)

Verlängerungsoption für 10% Mehrbeitrag (max. Eintrittsalter 30, max. Versicherungsdauer bis Endalter 35)

#### Sofern angekreuzt und sofern möglich gilt:

Solange der Versicherungsfall nicht eingetreten ist, kann die Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zum Ablauf der Leistungsdauer – maximal jedoch bis zum für den versicherten Beruf zulässigen Endalter – verlängert werden. Details hierzu sind im zugrundeliegenden Angebot erläutert.

## Premium

### INTER ProBeruf® (Berufsunfähigkeitsversicherung)

Es gelten die Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsbeginn	Eintrittsalter Jahre				
0 1					
Tarifbezeichn.	Versionsnr.	monatl. Berufsunfähigkeitsrente EUR	Beitragszahlungs- und Versicherungsdauer bis Endalter	Leistungsdauer bis Endalter	Beitrag EUR bei Zahlungsweise <input type="checkbox"/> 1/12 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/1 Effektivbeitrag zzt. EUR
L 0 1					

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung berufsunfähig, wird die versicherte Berufsunfähigkeitsrente, solange die versicherte Person lebt, monatlich im Voraus gezahlt, längstens bis zum Ende der Leistungsdauer.

Der Begriff der Berufsunfähigkeit ergibt sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung, deren Bestimmungen auch für den Zeitpunkt der Leistungspflicht maßgebend sind.

**Überschussverwendungsform:** Sofern nichts anderes angekreuzt, gilt die Beitragsverrechnung.

Fondsanlage im folgenden Fonds (nur eine Auswahl ist möglich):\*)

- iShares Core MSCI World UCITS ETF ISIN: IE00B4L5Y983  iShares MSCI World SRI ETF ISIN: IE00BYX2JD69  
 iShares Edge MSCI World Minimum Volatility ETF ISIN: IE00B8FHGS14  DWS ARERO – Der Weltfonds ISIN: LU0360863863

\*) Mir ist bekannt, dass bei der Anlage der Überschussanteile in Fonds das Kapitalanlagerisiko bezüglich der Überschussanteile von mir getragen wird. Die garantierten Werte sind hiervon nicht betroffen. Erläuternde Informationen zu den genannten Fonds habe ich erhalten.

## F. Besondere Voraussetzungen

(z. B. über Hypothekenbeschaffung) \_\_\_\_\_

Der Antrag gilt nur, wenn die besonderen Voraussetzungen zu Stande kommen oder keine genannt sind.

## G. Laufende Anpassung des Versicherungsschutzes

Beitrag und Versicherungsleistungen erhöhen sich jährlich gemäß den jeweiligen Allgemeinen Bedingungen.

Falls nichts anderes angekreuzt wird, gilt: Erhöhung des Beitrages jährlich um 6 %.

- Erhöhung der Rente jährlich um 1 % der Anfangsrente  
 Erhöhung der Rente jährlich um 3 % der Anfangsrente  
 ohne Erhöhung

Die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen entfällt, sobald entweder

– durch die Erhöhung eine für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit versicherte Jahresrente von 36.000 EUR aus allen für die versicherte Person bei der INTER bestehenden Versicherungen insgesamt überschritten werden würde;

oder

– durch die Erhöhung die dann versicherte Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente mehr als doppelt so groß wäre wie die anfänglich versicherte Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente;

oder

– die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter von 45 Jahren erreicht hat.

## H. Kollektiv(rahmen)vertrag und Beitragsvergünstigung

Der Antragsteller tritt dem Versorgungswerk \_\_\_\_\_ bei.

Alternativ bestätigt der Antragsteller, dass die Firma, für die er, sein Ehegatte oder seine unterhaltspflichtigen Eltern als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber tätig sind, dem Versorgungswerk bereits beigetreten ist. Er bestätigt, dass die Voraussetzungen für die Aufnahme in den jeweiligen Kollektiv(rahmen)vertrag erfüllt sind. Endet die Zugehörigkeit zu dem Kollektiv(rahmen)vertrag, insbesondere durch Ausscheiden, entfallen die zwingenden Voraussetzungen für die Gewährung der Sonderkonditionen (Beitragsvergünstigung). Infolge dessen wird der Versicherungsvertrag von der nächsten Beitragsfälligkeit an auf den in den Geschäftsunterlagen der INTER Lebensversicherung AG vorgesehenen Beitrag für Einzelversicherungen umgestellt.

Der Verband bzw. das Versorgungswerk wird hiermit bevollmächtigt, gemäß den Bestimmungen des Kollektiv(rahmen)vertrages alle das Versicherungsverhältnis betreffenden Willenserklärungen rechtswirksam abzugeben und von der INTER Lebensversicherung AG entgegenzunehmen.

Zur Deckung der Verwaltungskosten des Versorgungswerks wird der in der Beitragsordnung festgelegte Mitgliedsbeitrag erhoben. Die Erhebung des Mitgliedsbeitrags erfolgt einmal jährlich zu Beginn des jeweiligen Kalenderjahres.

Für die Mitgliedschaft in Verbänden ist der Antrag auf Mitgliedschaft des jeweiligen Verbandes beizufügen.

## I. Angaben nach dem Geldwäschegesetz

Folgende Person/en ist/sind eine politisch exponierte Person (PEP), ein unmittelbares Familienmitglied einer PEP oder eine ihr nahe stehende Person (Erläuterungen Seite 8):

- Antragsteller  zu versichernde Person  Beitragszahler  wirtschaftlich Berechtigter

Unterliegen Sie der Steuerpflicht in einem anderen Staat als Deutschland? Nein, andernfalls gebe ich hier den Staat \_\_\_\_\_

und meine Steuernummer \_\_\_\_\_ an.

Ich handle auf eigene Veranlassung.

Sofern ich nicht auf eigene Veranlassung handle, gebe ich hier an, auf wessen Veranlassung ich handle:

Zuname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift \_\_\_\_\_

## J. Fragen an die zu versichernde Person

Zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen sind alle Ihnen bekannten Umstände sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Dabei beachten Sie bitte die „Informationen zu genetischen Untersuchungen“ auf Seite 8.

Bitte nennen Sie uns insbesondere die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und beschreiben Sie das Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Wichtig ist dabei, dass Sie uns – ohne eigene Bewertung – alle Ihnen bekannten Gesundheitsstörungen und/oder Beschwerden angeben, und zwar auch solche, die für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die aus Ihrer Sicht noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Soweit wir Ihnen nachfolgend Beispiele nennen, sollen diese Ihnen Ihre Antworten erleichtern. Bitte beachten Sie, dass es sich bei diesen Beispielen nicht um abschließende Aufzählungen handelt.

Wenn Sie für Ergänzungen zu Ihren Antworten eine oder mehrere Anlagen (Beiblatt, Zusatzklärung, Befunde) verwenden, geben Sie bitte die Gesamtanzahl aller beigefügten Blätter unter Punkt D) „Vollständigkeit der Angaben“ an.

**Wichtiger Hinweis: Über die Annahme Ihres Versicherungsantrags entscheiden wir auf der Grundlage Ihrer Antworten auf die nachfolgend gestellten Fragen. Unrichtige oder unvollständige Angaben können uns – je nach Grad Ihres Verschuldens und in Abhängigkeit von deren Bedeutung für uns – berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten, ihn anzupassen, zu kündigen oder anzufechten. Sie können dadurch Ihren Versicherungsschutz verlieren, gegebenenfalls sogar rückwirkend für bereits eingetretene Versicherungsfälle!**

**Bevor Sie die nachfolgend gestellten Fragen beantworten, lesen Sie deshalb bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“, das diesem Antrag beigefügt ist.**

### A) Gesundheitsfragen

Ihre Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm      Ihr Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

1. Liegen zum jetzigen Zeitpunkt oder lagen innerhalb der letzten 4 Wochen gesundheitliche Beschwerden oder Krankheiten – auch chronische – vor? Welche?  ja  nein
2. Müssen Sie in zeitlich festen Abständen (täglich, ein- oder mehrfach wöchentlich, monatlich, vierteljährlich) Medikamente einnehmen oder nehmen Sie solche in den letzten 5 Jahren ein (auch z.B. blutdruck- oder blutzuckersenkende Mittel, Herzmittel, langfristige Antibiotikagabe, Hormone, Schmerzmittel, Rheumamittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Antiepileptika, Psychopharmaka, Chemotherapie)? Welche?  ja  nein
3. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen – auch Kontrolluntersuchungen aufgrund von Vorerkrankungen – bei Ärzten oder sonstigen Behandlern statt oder sind solche für die nächsten 2 Jahre ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Weshalb? Wann?  ja  nein
4. Bestehen noch oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten oder Beschwerden
  - a) des Herzens oder des Kreislaufs (auch z.B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Venenentzündung, Krampfadern, Thrombose)?  ja  nein
  - b) der Atmungsorgane (auch z.B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma)?  ja  nein
  - c) der Verdauungsorgane (auch z.B. Magen, Darm, Galle, Steine, Bauchspeicheldrüse, Leber, Entzündungen, Geschwüre, Vergrößerung)?  ja  nein
  - d) der Harn- oder Geschlechtsorgane (auch z.B. Nieren, Blase, Steine, Unterleib, Brust)?  ja  nein
  - e) des Stoffwechsels (auch z.B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen)?  ja  nein
  - f) Blut- oder Tumorerkrankungen (auch z.B. Blutarmut/Anämie, Blutkrebs/Leukämie, Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit, vergrößerte Lymphknoten, alle Formen der Krebserkrankung, Melanom, Darmpolypen, gutartige Tumoren)?  ja  nein
  - g) entzündliche Gelenks- oder Bindegeweberkrankungen (auch z.B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew)?  ja  nein
  - h) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (auch z.B. Tuberkulose, Malaria)?  ja  nein
  - i) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (auch z.B. Depressionen, Essstörungen, Selbsttötungsversuch, Multiple Sklerose, Krampfanfälle, Lähmungen)?  ja  nein
  - j) der Augen oder Sehstörungen (auch z.B. Blindheit ein- oder beidseitig, Augenhintergrundveränderungen, erhöhter Augen(innen)druck (grüner Star), Netzhauterkrankungen, Hornhautveränderungen, Linsentrübungen (grauer Star)? Welche?  ja  nein
  - k) des Rückens (auch z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall) oder der Kniegelenke, Hüftgelenke, Schultern oder anderer Stellen im Bewegungsapparat (auch z.B. Unfälle, Knochenbrüche, Bänderverletzungen, Beinverkürzungen, Amputationen, Gelenkversteifung)?  ja  nein
  - l) wie Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis, Schuppenflechte oder sonstigen Hauterkrankungen?  ja  nein
  - m) der Ohren und des Gehörs (auch z.B. Tinnitus, Ohrensäusen, Schwerhörigkeit, Hörstörung, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)?  ja  nein
5. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mindestens 2 Wochen durchgehend arbeitsunfähig und/oder konnten Sie in den letzten 5 Jahren mindestens 2 Wochen durchgehend Ihre Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht ausüben?  ja  nein
6. Wurden bei Ihnen im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen (auch z.B. Laboruntersuchungen, Röntgen, CT, Ultraschall, EKG, Magen-/Darmspiegelung) innerhalb der letzten 5 Jahre kontroll- oder behandlungsbedürftige Ergebnisse festgestellt?  ja  nein
7. Besteht noch oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder ein Grad der Behinderung oder eine Pflegestufe oder eine Berentung aus gesundheitlichen Gründen? Weshalb?  ja  nein
8. Nehmen Sie noch oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, Betäubungsmittel oder werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuß beraten oder behandelt?  ja  nein
9. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Militärkrankenhaus-, Heilstätten-, Rehabilitations-/ Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche für die nächsten 2 Jahre ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Weshalb? Wann?  ja  nein
10. Sind Sie noch oder waren Sie in den letzten 10 Jahren in psychotherapeutischer Behandlung? Weshalb? Wann?  ja  nein
11. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)?  ja  nein

### B) Fragen zur beruflichen Situation, zu besonderen Gefahren und zur Versorgungssituation

1. Beschreibung der derzeitigen beruflichen Tätigkeit \_\_\_\_\_
2. Welche Gefahren bestehen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit (auch z.B. Umgang mit gesundheitsschädlichen Substanzen, Aufenthalte in Ländern außerhalb der Europäischen Union)?  keine  
Bitte hier angeben und die entsprechende Zusatzklärung verwenden. \_\_\_\_\_
3. Welche Sportarten und sportliche Freizeitbeschäftigungen üben Sie aus?  keine  
Bitte hier angeben und die entsprechende Zusatzklärung verwenden. \_\_\_\_\_
4. Ist in den nächsten 12 Monaten ein Berufswechsel zu erwarten? Wenn ja, künftige Tätigkeit (bei Schülern und Studenten Berufsziel). \_\_\_\_\_  nein
5. Bestand in den letzten fünf Jahren oder besteht für Sie schon eine (Zusatz-)Versicherung oder sonstige Ansprüche oder erwartete Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität oder ist eine solche beantragt oder gekündigt?  nein  
Wenn ja, welche Art, bei welchem Versicherer, bis wann und in welcher Höhe monatlich? mtl. \_\_\_\_\_ EUR

### C) Fragen bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrenten über 1.500 EUR monatlich (gegenseitige Anrechnung) – einschließlich Renten bei anderen Unternehmen

1. Welche Berufe/Tätigkeiten haben Sie in den letzten 5 Jahren ausgeübt? \_\_\_\_\_
2. Wie hoch ist Ihr jährliches Arbeitseinkommen brutto? \_\_\_\_\_ EUR
3. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten – abgesehen von bis zu 4 Wochen Urlaub – einen Auslandsaufenthalt außerhalb der Europäischen Union?  nein  
Bitte hier angeben und die entsprechende Zusatzklärung verwenden. \_\_\_\_\_

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Frageblöcke A, B oder C bejaht haben, bitten wir Sie dazu jeweils noch um die Angaben zu Art, Verlauf und Folgen (z.B. der Krankheit, Verletzung), Ergebnissen der Untersuchung(en), Behandlungszeiträumen (wann? wie oft? wie lange?), behandelnden Ärzten, Heilpraktikern, nichtärztlichen Therapeuten, Krankenhäusern, Heilstätten, Kuranstalten.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### D) Vollständigkeit der Angaben

Haben Sie zur Beantwortung der Fragen ein Beiblatt mit individuellen Angaben oder eine Zusatzklärung verwendet oder werden Sie zur Beantwortung der Fragen ein Beiblatt oder eine Zusatzklärung nachreichen? Falls ja, unterschreiben Sie bitte jede einzelne Seite und tragen Sie hier die gesamte Anzahl der einzelnen Seiten ein: \_\_\_\_\_

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung<sup>1</sup>

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, 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 INTER Lebensversicherung AG (INTER) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die INTER 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. Ärzte, Krankenhäuser und Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die INTER selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der INTER (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.

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

**Ich willige ein, dass die INTER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung und 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 INTER 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.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die INTER benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

**Ich wünsche, dass mich die INTER 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 INTER einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die INTER 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 fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die INTER konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.**

#### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

**Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.**

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

Die INTER 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 INTER 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 INTER 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 INTER zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die INTER tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.**

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

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

Die INTER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die INTER 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.inter.de](http://www.inter.de) eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten der INTER Versicherungsgruppe (Anschrift: INTER Versicherungsgruppe – Datenschutzbeauftragter, Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim; E-Mail: [datenschutzbeauftragter@inter.de](mailto:datenschutzbeauftragter@inter.de)) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die INTER Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein, dass die INTER 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 INTER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der INTER 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 INTER 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 INTER 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 INTER 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 INTER 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 INTER 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 INTER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.**

#### 3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die INTER an das HIS melden. Die INTER und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

**Ich entbinde die für die INTER tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.**

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2.1).

<sup>1</sup> Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzbehörden inhaltlich abgestimmt.

### 3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die INTER gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in 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 geschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers 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 INTER meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen 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 INTER im Rahmen der Risikoprüfung erhobene Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die INTER zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird. (siehe Ziffer 3.4). Die INTER speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der INTER und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

**Ich willige ein, dass die INTER 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.**

## Widerrufsbelehrung

### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an INTER Lebensversicherung AG, Erzbergerstr. 9-15 in 68165 Mannheim oder Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim, Faxnummer 0621 427-944, E-Mail-Adresse [Widerruf@inter.de](mailto:Widerruf@inter.de).

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Der Beitragsbetrag, der auf den Zeitraum vor und nach Zugang Ihres Widerrufs aufzuteilen ist, errechnet sich aus dem im Versicherungsschein genannten Beitrag, dem dort angegebenen Beitragszahlungszeitraum und der Dauer des Versicherungsschutzes bis zum Widerruf. Die genaue Höhe des einzubehaltenden Betrags hängt also davon ab, zu welchem Zeitpunkt nach Versicherungsbeginn uns Ihr Widerruf zugeht und kann erst zu diesem Zeitpunkt beziffert werden. Einen gegebenenfalls vorhandenen und Ihnen bedingungsgemäß zustehenden Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

### Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich ausdrücklich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

Dieser Antrag umfasst 8 Seiten. Diese habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen – insbesondere „Wichtige Erklärungen und Hinweise“.

Ferner habe ich/haben wir das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“ gelesen und zur Kenntnis genommen.

**Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.**

Die Ausweisdokumente habe ich – falls Identifikationsdaten angegeben sind – persönlich eingesehen und entsprechend dokumentiert.

Ich bestätige als Vermittler, dass außer den hier gemachten Angaben mir gegenüber weder mündlich noch schriftlich weitere Erklärungen abgegeben wurden.

Die Unterschriften wurden von den jeweiligen Personen getätigt. Das 8-seitige Antragsformular wird vollständig von mir eingereicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Vermittlernummer (eigene bzw. Ihres Pools)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person, wenn mit Antragsteller nicht identisch

\_\_\_\_\_  
Eigene IHK Registrierungsnummer

\_\_\_\_\_  
Ja, ich/wir wünsche/n den Versicherungsvertrag/die Versicherungsverträge in dieser Form.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift des Vermittlers (zwingend erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person, wenn mit Antragsteller nicht identisch



K61407VL999600000

# Wichtige Erklärungen und Hinweise

## Informationen zu genetischen Untersuchungen

Wir dürfen von Ihnen grundsätzlich weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen.

Erst ab einer Leistung von mehr als 300.000 Euro (Lebensversicherung) oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente (z. B. Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung) dürfen wir von Ihnen die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden.

Gemäß den Regelungen des Gendiagnostikgesetzes ist uns über bestehende Erkrankungen und über Vorerkrankungen im Rahmen Ihrer Kenntnisse uneingeschränkt immer Auskunft zu geben, also auch, wenn ein Gentest im Rahmen der Diagnose eingesetzt wurde. Da bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen oder bestanden haben, die für die Antragsprüfung von Bedeutung sein können, sind diese – auf Nachfrage – anzugeben.

## Erklärungen

Unsere Kapitalanlagen werden nach den Prinzipien möglichst großer Rentabilität und Sicherheit angelegt. Außerdem beachten wir den wichtigen Grundsatz der Mischung und

Streuung gemäß § 54 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Dadurch lassen sich bei gleichem Risiko höhere Renditen erzielen, weil sich Ertragsschwankungen teilweise untereinander ausgleichen.

Die Berücksichtigung ethischer, sozialer und ökologischer Belange ist in unseren Kapitalanlagerichtlinien nicht ausdrücklich geregelt. Im Rahmen unserer täglichen Anlageentscheidungen vermeiden wir jedoch nach Möglichkeit Anlageobjekte, die beispielsweise in Verbindung mit Kinderarbeit oder Pornographie stehen.

## Anhang zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe, namentlich

- **INTER Versicherungsverein aG**
- **INTER Krankenversicherung AG**
- **INTER Lebensversicherung AG**
- **INTER Allgemeine Versicherung AG**

Anschrift: Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim

sowie

- **die Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG**

Anschrift: Hansaallee 154, 60320 Frankfurt am Main

übertragen gemäß Ziffer 3.2 bzw. gemäß Ziffer 2.1 Aufgaben auf folgende andere Stellen (Unternehmen und Personen):

### I. Aufgabenübertragung innerhalb der INTER Versicherungsgruppe

Bestimmte Aufgaben werden innerhalb der INTER Versicherungsgruppe von einem Unternehmen für alle oben genannten Versicherungsunternehmen der Gruppe wahrgenommen.

Hierzu gehören der Betrieb des (telefonischen) Kundenservices, die Durchführung des Beitragsinkassos und der Betrieb des Rechenzentrums sowie der gesamten Informationstechnologie.

Zu diesem Zweck führen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe Kundendaten in einer gemeinsamen Datensammlung.

### II. Liste der Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe derzeit zusammenarbeiten

#### Stelle:

1. Brinkmann Rechtsanwälte  
Hülchrather Straße 35  
50670 Köln
2. Eufoma AG,  
Hülchrather Straße 35,  
50670 Köln
3. HL Casework GmbH  
Brücklesäckerstraße 2  
74248 Ellhofen
4. IMB Consult GmbH  
Amtsmann-Ibing-Straße 10  
44805 Bochum

#### übertragene Aufgabe:

- außergerichtliches und gerichtliches Beitragsinkasso
- Forderungsmanagement
- medizinische Dienstleistungen
- Durchführung von medizinischen Begutachtungen

5. infoscore Consumer Data GmbH  
Rheinstraße 99  
76532 Baden-Baden  
Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)
6. MD Medicus AssistanceService GmbH  
Industriestraße 2a  
67063 Ludwigshafen  
Assistance-Leistungen
7. MEDICPROOF GmbH  
Gustav-Heinemann-Ufer 74a  
50968 Köln  
Durchführung von medizinischen Begutachtungen
8. Rhenus Data Office GmbH  
Industriestraße 5  
48301 Nottuln  
Aktenvernichtung
9. ViaMED GmbH  
Motorstraße 52  
70499 Stuttgart  
medizinische Dienstleistungen

### III. Weitere Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe zusammenarbeiten

#### Kategorien:

1. Assistance-Dienstleister
2. Auskunfteien
3. Hilfsmittelanbieter
4. Inkasso-Unternehmen
5. IT-Dienstleister
6. Medizinische Gutachter
7. Medizinische Dienstleister

#### übertragene Aufgabe:

- Erbringung von Assistance-Leistungen
- Adressrecherchen, Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Beitragsinkasso, Beitreibung sonstiger Forderungen
- IT-Dienstleistungen
- Erstellung von Gutachten
- Erbringung medizinischer Serviceleistungen wie z.B. krankheitsspezifischer Coaching- und Beratungsleistungen
- Rechtsberatung, außergerichtliche und gerichtliche Vertretung

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter [www.inter.de](http://www.inter.de) einsehbar.

## Definition „politisch exponierte Person“ (PEP)

§ 1 Absätze 12 bis 14 Geldwäschegesetz definiert politisch exponierte Personen wie folgt:

Politisch exponierte Personen (PEP) sind diejenigen natürlichen Personen,

- a) die wichtige öffentliche Ämter auf internationaler, europäischer oder nationaler Ebene ausüben oder ausgeübt haben,
- b) deren Familienmitglieder oder
- c) ihnen bekanntermaßen nahestehende Personen.

Zu a) Personen, die ein wichtiges öffentliches Amt ausüben oder ausgeübt haben, sind:

- Staatschefs, Regierungschefs, Minister, Mitglieder der Europäischen Kommission, stellvertretende Minister und Staatssekretäre;
- Parlamentsabgeordnete und Mitglieder vergleichbarer Gesetzgebungsorgane;
- Mitglieder der Führungsgremien der politischen Parteien;
- Mitglieder von obersten Gerichtshöfen, Verfassungsgerichtshöfen oder sonstigen hohen Gerichten, gegen deren Entscheidungen im Regelfall kein Rechtsmittel mehr eingelegt werden kann;

– Mitglieder der Leitungsorgane von Rechnungshöfen und Zentralbanken;

– Botschafter, Geschäftsträger und Verteidigungsattachés;

– Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- und Aufsichtsorgane staatseigener Unternehmen;

– Direktoren, stellvertretende Direktoren, Mitglieder des Leitungsorgans oder sonstige Leiter mit vergleichbarer Funktion in einer zwischenstaatlichen internationalen oder europäischen Organisation.

Keine der vorgenannten öffentlichen Funktionen umfasst Funktionsträger mittleren oder niedrigeren Ranges.

Zu b) Familienmitglieder sind unter anderem:

– der Ehepartner einer politisch exponierten Person oder eine dem Ehepartner einer politisch exponierten Person gleichgestellte Person;

– die Kinder einer politisch exponierten Person und deren Ehepartner oder den Ehepartnern gleichgestellte Personen;

– die Eltern einer politisch exponierten Person.

Zu c) bekanntermaßen nahestehende Personen sind:

– natürliche Personen, die bekanntermaßen gemeinsam mit einer politisch exponierten Person wirtschaftlich Berechtigte von juristischen Personen oder Rechtsvereinbarungen sind oder sonstige enge Geschäftsbeziehungen zu einer politisch exponierten Person unterhalten;

– natürliche Personen, die alleiniger wirtschaftlich Berechtigte einer juristischen Person oder einer Rechtsvereinbarung sind, welche bekanntermaßen de facto zugunsten einer politisch exponierten Person errichtet wurde.

**Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir die INTER Lebensversicherung AG von einer Änderung des Status als PEP aufgefordert und unverzüglich schriftlich unterrichten müssen.**

## Hinweise zum Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz (FKAustG)

Mit diesem Gesetz soll der grenzüberschreitende Steuerbetrug bzw. die Steuerhinterziehung bekämpft werden. Hierzu erfolgt ein zeitnaher Austausch von steuerrelevanten Informationen zwischen den Finanzverwaltungen, über einen

gemeinsamen Meldestandard (Common Reporting Standard).

Auf dieser Grundlage (§ 8 FKAustG) übermitteln wir, sofern Sie der Steuerpflicht im Ausland unterliegen, Ihren Namen, Anschrift,

Steueridentifikationsnummer, Geburtsdatum und -ort, Ihre Vertragsnummer und Ihren aktuellen Vertragsstand an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt).



# Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

um über die Annahme Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrags entscheiden oder ein verbindliches Angebot für den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz abgeben zu können, müssen wir das individuelle Risiko einschätzen. Zu diesem Zweck stellen wir Ihnen Fragen in Textform, die Sie bitte genau lesen und beantworten. Falsche oder unvollständige Angaben können den Bestand Ihres Vertrages und Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen, die im Falle der Verletzung dieser Pflicht eintreten können, sind in §§ 19-22 des Versicherungsvertragsgesetzes geregelt. Bitte lesen Sie auch den unten abgedruckten Gesetzestext.

## 1. Welche vorvertragliche Anzeigepflicht besteht?

Sie erfüllen Ihre Anzeigepflicht, wenn Sie die gestellten Fragen vollständig und richtig beantworten. In Ihren Antworten müssen Sie angeben, was Ihnen – und wenn ein Vertreter für Sie handelt, auch diesem – und den zu versichernden Personen bekannt ist. Benötigen wir aufgrund Ihrer Angaben weitere Auskünfte, können wir Nachfragen an Sie richten. Wir können Sie auch bis zum Abschluss des Versicherungsvertrages danach fragen, ob zwischenzeitlich Risikoveränderungen eingetreten sind.

## 2. Welche Rechtsfolgen können eintreten, wenn die Anzeigepflicht verletzt wird?

Die Rechtsfolgen richten sich danach, ob die Anzeigepflicht unverschuldet oder schuldhaft verletzt wurde und welcher Grad des Verschuldens vorliegt. Machen Sie geltend, die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt zu haben, müssen Sie einen nur geringeren Verschuldensgrad oder fehlendes Verschulden nachweisen.

### a) Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung können wir vom Vertrag zurücktreten. Versicherungsschutz besteht dann nicht, es sei denn die Anzeigepflichtverletzung ist weder für den Eintritt noch die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung ursächlich. Der Beitrag gebührt uns bis zum Zugang der Rücktrittserklärung. Bei einer Lebensversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

### b) Kündigung

Bei einfach fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind wir unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zur Kündigung des Vertrages berechtigt. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Kündigung möglich. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

### c) Vertragsänderung

Der Rücktritt wegen grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung und die Kündigung wegen fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind ausgeschlossen, wenn wir bei Kenntnis von dem nicht angezeigten Umstand den Versicherungsvertrag zu anderen Bedingungen (z. B. mit Risikoausschluss oder gegen Beitragszuschlag) geschlossen hätten. Wir können verlangen, dass der Vertrag mit Wirkung ab Vertragsschluss entsprechend angepasst wird, im Fall der unverschuldeten Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode. Der Versicherungsschutz und der Beitragsanspruch richten sich dann rückwirkend zu den genannten Zeitpunkten nach dem geänderten Vertragsinhalt. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Vertragsanpassung möglich.

### d) Anfechtung

Bei arglistiger Täuschung sind wir zur Anfechtung des Versicherungsvertrags berechtigt, mit der Folge, dass dieser von Anfang an nichtig ist. Es besteht zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz, eventuell erbrachte Versicherungsleistungen sind zurückzugewähren und der Beitrag gebührt uns bis zum Zugang der Anfechtungserklärung.

## 3. Wann können wir keine Rechte wegen einer Anzeigepflichtverletzung geltend machen?

Wir können unsere Rechte nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung durch schriftliche Erklärung ausüben, bei Arglistanfechtung formfrei innerhalb eines Jahres. Wir müssen – außer bei Arglistanfechtung – alle Umstände innerhalb der Monatsfrist angeben, auf die wir unsere Rechtsausübung stützen. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren (bei Krankenversicherungen: 3 Jahre) nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben. War uns die Anzeigepflichtverletzung oder der nicht angezeigte Umstand bei Vertragsschluss bekannt, können wir keine Rechte wegen Anzeigepflichtverletzung ausüben.

## 4. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung, der Arglistanfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz: §§ 19-22

### § 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

### § 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

### § 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktritts nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezog sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

### § 22 Arglistige Täuschung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.