

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine

INTER ProKids®

- Kinderrente
- Kinder Unfallschutz
- Kinder Krankenschutz

GS-Eingang	Direktions-Eingang	Vertragsnummer	PBD	OBD	IBD	GA	ANTR.-Nr.	M M J
	ADM1+PROD.-ANT.%	ADM2+PROD.-ANT.%	ADM3+PROD.-ANT.%	AST	Verm.	<input type="checkbox"/> Eigenabschluss <input type="checkbox"/> Nachweis <input type="checkbox"/> Gemeinsam	VS an <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> GS	AM ID
								Aktions-/Kombi-Kennzeichen 31

A. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Titel, Vor- und Zuname _____ Geschlecht m w Familienstand: 1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden, 4 = verwitwet,
 5 = eheähnliche Gemeinschaft, 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft

Geburtsdatum _____ Geburtsname _____ Steueridentifikationsnummer _____
 Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit deutsch oder welche _____
 Geburtsland _____ Ständig in D seit _____

Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche, Amtsbezeichnung, Dienstgrad _____

Straße/Haus-Nr. _____

Adresszusatz _____

PLZ (für Straße) _____ Wohnort _____

Ihr Status
 Arbeitnehmer/in Selbstständige/Selbstständiger seit _____
 Freiberufler/in Beamtin/Beamter seit _____
 Schüler/in oder Student/in Soldat/in
 Hausfrau/Hausmann Auszubildende/r
 Sonstiges _____

Ihre Berufsgruppe
 Heilwesen Handwerker/in
 Sonstige _____

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 AG¹⁾, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Krankenversicherung AG¹⁾ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich ermächtige die INTER Service GmbH²⁾, den Mitgliedsbeitrag des Versorgungswerkes von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Service GmbH²⁾ 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.

Vorname und Zuname (Kontoinhaber) _____ Kreditinstitut _____
 Straße/Haus-Nr. _____ IBAN _____
 PLZ _____ Wohnort _____
 Ort, Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Konto für Leistungsabrechnung, Pauschalleistung der INTER Krankenversicherung AG

Bis auf Widerruf werden diese Leistungen auf das angegebene Konto überwiesen.

¹⁾ 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.

²⁾ Gläubiger-Identifikationsnummer der INTER Service GmbH: DE51ZZZ00001899669

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

Titel, Vor- und Zuname _____ Geschlecht m w Familienstand: 1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden, 4 = verwitwet, 5 = eheähnliche Gemeinschaft, 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft
 Geburtsdatum _____ Geburtsname _____ Steueridentifikationsnummer _____
 Geburtsort _____ Geburtsland _____ Gefahrengruppe A
 Straße/Haus-Nr. _____ Ständig in D seit _____
 Adresszusatz _____ Schüler/in Student/in oder Auszubildende/r
 PLZ (für Straße) _____ Wohnort _____

D. Kinderrente

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine dynamische fondsgebundene/klassische Rentenversicherung bei der INTER Lebensversicherung AG

Neuantrag Erhöhungs-/Änderungsantrag zur Vertrags-Nr. _____
 abweichend davon Angebotsanforderung

Versicherungsbeginn 0 1 _____ Eintrittsalter der zu versichernden Person: _____ Jahre

Exklusiv

INTER MeinLeben® (Dynamische fondsgebundene/klassische Rentenversicherung)

Wunsch-Endalter _____ Wunsch-Rentenbeginn _____ Rentengarantiezeit zum Wunsch-Rentenbeginn _____ Jahre
 Beitragszahlungsdauer _____ Beitragsrückgewähr

Haben Sie laufende Beiträge vereinbart, können Sie Ihren **Wunschtermin für das Ende der Beitragszahlungsdauer** in den folgenden Grenzen frei wählen:

- Das früheste Ende der Beitragszahlungsdauer ist 1 Jahr nach Versicherungsbeginn.
- Das späteste Ende der Beitragszahlungsdauer liegt grundsätzlich bei Alter 85.

Ihren **Wunschtermin für den Beginn der Rentenbezugszeit** können Sie in den folgenden Grenzen frei wählen:

- Der früheste Beginn der Rentenbezugszeit ist 1 Jahr nach Versicherungsbeginn.
- Der späteste Beginn der Rentenbezugszeit liegt grundsätzlich bei Alter 85.

Beitrag EUR bei Zahlungsweise _____ vermindertes Anfangsbeitrag _____ Anlaufmanagement für Einmalbeitrag und Zuzahlungsbetrag EUR _____
 1/12 1/4 1/2 1/1 _____ % vom vertraglichen Beitrag der Hauptversicherung _____ EUR Produktvariante Klassisch
 _____ Jahre _____ Jahre _____ Monate

Vermögensaufbaustrategie

Sicherungsniveau

Defensiv Ausgewogen Dynamisch

abweichend _____ % konstantes Sicherungsniveau

Fondsstrategie

_____ %	_____	_____
Anteil	Name des Fonds	ISIN
_____ %	_____	_____
Anteil	Name des Fonds	ISIN
_____ %	_____	_____
Anteil	Name des Fonds	ISIN
_____ %	_____	_____
Anteil	Name des Fonds	ISIN
_____ %	_____	_____
Anteil	Name des Fonds	ISIN

Bitte verteilen Sie den zu investierenden Beitrag in vollen Prozentsätzen auf die einzelnen Fonds. Jeder Beitragsanteil des gewählten Fonds muss mindestens 5% erreichen.

Strategieassistent

Bezugsberechtigung

Erlebensfall: Zu versichernde Person

abweichend davon an (andere Person mit Namen/Vornamen/Geburtsdatum)

Todesfall

in nachstehender Rangfolge an **a)** den bei Tod in gültiger Ehe lebenden Ehegatten der versicherten Person; **b)** die ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder der versicherten Person; **c)** die Eltern der versicherten Person; **d)** die Erben der versicherten Person abweichend davon an (andere Person mit Namen/Vornamen/Geburtsdatum)

Besondere Voraussetzungen

(z. B. über Hypothekenbeschaffung) _____
Der Antrag gilt nur, wenn die besonderen Voraussetzungen zu Stande kommen oder keine genannt sind.

Laufende Anpassung des Versicherungsschutzes

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

- ohne Erhöhung
 Erhöhung des Beitrags jährlich um _____ % (von 3–10%)

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 9):

- 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 _____

Bitte fügen Sie immer eine Kopie des gültigen Personalausweises oder des gültigen Reisepasses (jeweils alle Seiten) des Antragstellers bei sowie von der Person, auf deren Veranlassung gehandelt wird. Falls die Ausweiskopie nicht direkt mit dem Antrag eingereicht wird, kann die Datei an antrag@inter.de gesendet werden.

E. Kinder Unfallschutz

Antrag auf eine Unfallversicherung mit Dynamik bei der INTER Allgemeine Versicherung AG

- Neuantrag Änderungsantrag zur Vertrags-Nr. _____

Hinsichtlich der Vertragsdauer besteht die Möglichkeit, eine Laufzeit von 1 oder 3 Jahren zu wählen.

Beginn _____ 12 Uhr Ablauf _____ 12 Uhr

Versicherungsverträge von mindestens einjähriger Dauer verlängern sich nach Ablauf der Vertragslaufzeit stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn nicht drei Monate vor Ablauf eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Die Versicherung wird mit Zuwachs von Leistung und Prämie jährlich um 5% erhöht (Modell 3).

- Ein Zuwachs von Leistungen und Prämien wird nicht gewünscht.

	<input type="checkbox"/> Variante 1	<input type="checkbox"/> Variante 2	<input type="checkbox"/> Variante 3
Vertragsdauer	3 Jahre	3 Jahre	<input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> 3 Jahre Dauerrabatt _____ %
Leistungen	Tarif Premium	Tarif Premium	Tarif <input type="checkbox"/> Basis <input type="checkbox"/> Exklusiv <input type="checkbox"/> Premium
Invalidität Höchstsumme	140.000 EUR	210.000 EUR	_____
P 350 Grundsumme	40.000 EUR	60.000 EUR	_____
Todesfallleistung	7.000 EUR	10.000 EUR	_____
Kosmetische Operation (prämienfrei)	10.000 EUR	10.000 EUR	_____
Monatliche Unfallrente	500 EUR	1.000 EUR	_____
Unfall-Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	–	30,00 EUR	_____
Monatsnettoprämie	8,40 EUR	15,10 EUR	_____
Gesetzl. Vers.-Steuer	1,60 EUR	2,87 EUR	_____
Gesamtmonatsprämie	10,00 EUR	17,97 EUR	_____

Bezugsberechtigung im Todesfall

(Person mit Namen, Vornamen, Geburtsdatum) _____

Gesundheitsfragen an die zu versichernde Person (nur bei Exklusiv/Premium auszufüllen)

Bevor Sie die Gesundheitsfragen beantworten, lesen Sie bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“.

Bestehen oder bestanden

Beeinträchtigungen, die in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Krankenhaus oder zu einer ambulanten Behandlung geführt haben,

Beeinträchtigungen, die regelmäßig (täglich oder in bestimmten Intervallen wiederkehrend und für die Dauer von mindestens 2 Monaten) in den letzten 12 Monaten mit Medikamenten behandelt wurden,

Beeinträchtigungen, die zu einer Schwerbehinderung geführt haben, oder

Sehbehinderungen von –8 oder mehr Dioptrien?

- ja nein

Bezeichnung der Krankheit, der Beschwerden oder verbliebenen (auch Unfall) Folgen. Behandlungszeit, Anschrift der Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.

F. Kinder Krankenschutz

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine Ergänzungs-/Zusatzversicherung zur GKV bei der INTER Krankenversicherung AG

Ich beantrage

- den Abschluss einer Krankenzusatzversicherung
- die Änderung zur Krankenversicherung-Nr. _____
- den Abschluss einer Krankenzusatzversicherung zum Gruppenversicherungs-/ Kollektivvertrag mit
Firma, Verband usw.

Ich wünsche die Übersendung eines Angebots für

- eine Krankenzusatzversicherung
- die Änderung zur Krankenversicherung-Nr. _____
- eine Krankenzusatzversicherung zum Gruppenversicherungs-/Kollektivvertrag mit
Firma, Verband usw.

Versicherungsbeginn oder Änderungstermin _____

Tarife/Beiträge

Beitragszahlungsweise monatlich 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich

INTER QualiMed Z[®]	monatlicher Tarifbeitrag EUR	Tarif	monatlicher Tarifbeitrag EUR
-------------------------------------	---------------------------------	-------	---------------------------------

Ambulant
 Premium (APP) 51,60 _____ _____

Stationär
 Premium (S1) _____ 7,67 _____

Zahn
 Premium (Z90) _____ 6,90 _____

+ ZPro _____ 3,40 _____

Auslandsreisekrankenversicherung (nicht alleine abschließbar)
 ReiseAV SW _____ 0,75 _____

monatlicher Gesamtbeitrag _____ EUR
zur festgelegten Zahlungsweise Gesamtbeitrag _____ EUR
(Beitragsrate mindestens 10 EUR)

Gesundheitsfragen an die zu versichernde Person

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 beigelegt ist.

Bitte beachten Sie, dass für die Tarife INTER QualiMed Z[®] Zahn Folgendes gilt: für bei Versicherungsbeginn fehlende und nicht ersetzte Zähne sowie für vor Versicherungsbeginn angeratene bzw. geplante oder begonnene Maßnahmen werden keine Versicherungsleistungen erbracht.

Bitte beantworten Sie wie folgt:

Für die Tarife INTER QualiMed Z[®] Ambulant Premium und INTER QualiMed Z[®] Stationär Premium die Fragen 1–9.

Für die Tarife INTER QualiMed Z[®] Zahn Premium die Fragen 10a, 10b und 10c.

1. Körpergröße cm _____
Körpergewicht kg _____

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Bestehen zurzeit Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen? | ja | nein |
| 3. Bestehen chronische Leiden oder liegen/lagen andere Beeinträchtigungen wie z. B. eine Fertilitätsstörung vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen – auch Kontrolluntersuchungen aufgrund von Vorerkrankungen – bei Ärzten, Zahnärzten oder sonstigen Therapeuten statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen oder Behandlungen stattgefunden oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Besteht eine Fehlsichtigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | rechts _____ | links _____ |
| 10.a) Fehlen natürliche Zähne – außer den Weisheitszähnen und Milchzähnen – und sind noch nicht ersetzt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie viele? | _____ | |

Für die angegebenen Zähne bleibt der Ersatz einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Brücken, Prothesen und Implantaten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

- b) Wie viele Zähne wurden ersetzt, überkront, sind mit Inlays bzw. Onlays und/oder einem – von Ihnen selbst herausnehmbaren – Zahnersatz versorgt? _____
Davon älter als 10 Jahre? _____
- c) Besteht eine Zahn-/Kieferfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen, angeraten oder wird sie durchgeführt? _____
Für eine bestehende Zahn-/Kieferfehlstellung, eine vorgesehene, angeratene oder laufende kieferorthopädische Behandlung ist kein Leistungsanspruch gegeben. Es gilt ein Leistungsausschluss für Kiefer- und Zahnstellungsanomalien und Folgen als vereinbart. ja nein

an prokids 1902

LV99960000061400

Name und Anschrift des Hausarztes

Name und Anschrift des Zahnarztes

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Ziffer auf einem besonderen Blatt (mit Unterschrift) als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen. Wenn Sie als Antragsteller oder wenn die versicherte(n) Person(en) gewisse Angaben hier nicht machen möchten, holen Sie das bitte innerhalb von 7 Tagen in Textform nach – bitte an INTER Versicherungsgruppe, Erzbergerstr. 9-15, 68165 Mannheim.

Erläuterungen zu unter 2–10 mit „ja“ beantworteten Fragen:

zu Frage	Behandlungs-Zeit/Dauer/Monat/Jahr Arbeitsunfähigkeit von/bis	Bezeichnung der Krankheit, Untersuchung oder verbliebenen (auch Unfall-) Folgen, Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gesetzliche Krankenversicherung

Wo ist das Kind gesetzlich krankenversichert? von/seit genaue Datumsangabe erforderlich bis Krankenkasse oder Versicherungsunternehmen

G. Kollektiv(rahmen)vertrag

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.

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.

Die abzuschließenden Versicherungen sind verschiedene, rechtlich selbstständige Versicherungsverträge bei verschiedenen Versicherungsunternehmen.

Lesen Sie bitte die auf Seite 9 abgedruckten wichtigen Erklärungen und Hinweise „Tarifbeschreibung“. Diese Erklärungen und Hinweise sind wichtiger Bestandteil der Anträge. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns die erforderlichen Einwilligungen.

Die nachfolgenden Erklärungen gelten für folgende Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe:

- INTER Krankenversicherung AG (INTER KV AG)
- INTER Lebensversicherung AG (INTER LV AG)
- INTER Allgemeine Versicherung AG (INTER Allgemeine AG)

Die genannten Unternehmen werden im folgenden Text zusammengefasst „INTER“ genannt.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung¹

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 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 Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, 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.

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

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 bebringe.

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 vorsätzlich 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 Leistungsfallebearbeitung 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 eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten der INTER Versicherungsgruppe (Anschrift: INTER Versicherungsgruppe – Datenschutzbeauftragter, Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim; E-Mail: datschutzbeauftragter@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) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbruch 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).

3.5. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die INTER gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige 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 14 Tagen bei der INTER Krankenversicherung AG bzw. der INTER Allgemeine Versicherung AG und 30 Tagen bei der INTER Lebensversicherung AG 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 Krankenversicherung AG bzw. INTER Lebensversicherung AG, Erzbergerstr. 9-15 in 68165 Mannheim (oder Postfach 10 16 62, 68016 Mannheim) oder an INTER Allgemeine Versicherung AG, Erzbergerstr. 9-15 in 68165 Mannheim (oder Postfach 10 16 16, 68016 Mannheim). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0621 427-944, E-Mail-Adresse 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.

Gilt für die Lebensversicherung und Unfallversicherung

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 9 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 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 9-seitige Antragsformular wird vollständig von mir eingereicht.

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Vermittlernummer (eigene bzw. Ihres Pools)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller

Eigene IHK Registrierungsnummer

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person, wenn mit Antragsteller nicht identisch

Ort, Datum und Unterschrift des Vermittlers (zwingend erforderlich)

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

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person, wenn mit Antragsteller nicht identisch

Empfangsbestätigung

Für eine Ergänzungs-/Zusatzversicherung zur GKV bei der INTER Krankenversicherung AG

Ich bestätige, dass ich

- eine Kopie des Antragsformulars (umfasst 9 Seiten)
- das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“ (Rechtsfolgenbelehrung § 19 Abs. 5 VVG)
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I und II (bzw. Teil I bis III) der beantragten Tarife
- die Produktinformationsblätter (§ 4 VVG-InfoV) zu den beantragten Tarifen
- die „Informationen gem. § 1 VVG-InfoV“
- das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG und
- das Merkblatt zur Datenverarbeitung

erhalten habe und ausreichend Zeit hatte, von dem Inhalt der Unterlagen Kenntnis zu nehmen.

Für eine Unfallversicherung mit Dynamik bei der INTER Allgemeine Versicherung AG

Ich bestätige, dass ich

- eine Kopie des Antragsformulars (umfasst 9 Seiten)
- das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“ (Rechtsfolgenbelehrung § 19 Abs. 5 VVG)
- die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen der beantragten Tarife
- die Produktinformationsblätter zu den beantragten Tarifen
- die „Informationen gem. § 1 VVG-InfoV“
- das Merkblatt zur Datenverarbeitung

erhalten habe und ausreichend Zeit hatte, von dem Inhalt der Unterlagen Kenntnis zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)



K61404VL999600000

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.

zur Unfallversicherung Deckungsmodell

Kinderunfallversicherung

(Alle Unfälle des täglichen Lebens – innerhalb und außerhalb von Schule und Beruf)

Service-Leistungen (Bergungskosten, Kurbeihilfen, u.s.w.) werden bei einer beantragten Dynamisierung von Leistungen und Beiträgen nicht berücksichtigt.

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 Ertragschwankungen teilweise untereinander ausgleichen.

Die Berücksichtigung ethischer, sozialer und ökologischer Belange ist in unseren Kapitalanlageleitlinien nicht ausdrücklich geregelt. Im Rahmen unserer täglichen Anlage-

entscheidungen vermeiden wir jedoch nach Möglichkeit Anlageobjekte, die beispielsweise in Verbindung mit Kinderarbeit oder Pornographie stehen.

Einwilligung gemäß den Vorschriften des Sozialdatenschutzes

(nur im Zusammenhang mit der Vermittlung über eine gesetzliche Krankenkasse)

Im Rahmen der gesetzlichen Aufgabenzuweisung gemäß § 194 Abs. 1a SGB V an meine gesetzliche Krankenkasse hat diese die Vermittlung von Zusatzversicherungen bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen übernommen.

Ich willige ein, dass meine Krankenkasse dort vorhandene Sozialdaten zu diesem Zweck an die INTER Krankenversicherung AG übermittelt. Die Bestimmungen des Sozialdatenschutzes (§ 35 SGB I und §§ 67 ff SGB X) finden Anwendung. Auf die Freiwilligkeit der erhobenen Sozialdaten zum Zweck des Ausfüllens des Versicherungsantrags bin ich hingewiesen worden.

Abkürzungen

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

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:	übertragene Aufgabe:
1. Brinkmann Rechtsanwälte Hülchrather Straße 35 50670 Köln	außergerichtliches und gerichtliches Beitragsinkasso
2. Euforma AG, Hülchrather Straße 35, 50670 Köln	Forderungsmanagement
3. HL Casework GmbH Brücklesäckerstraße 2 74248 Ellhofen	medizinische Dienstleistungen
4. IMB Consult GmbH Amtsmann-lbing-Straße 10 44805 Bochum	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:	übertragene Aufgabe:
1. Assistance-Dienstleister	Erbringung von Assistance-Leistungen
2. Auskunfteien	Adressrecherchen, Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)
3. Hilfsmittelanbieter	Versorgung mit Hilfsmitteln
4. Inkasso-Unternehmen	Beitragsinkasso, Beitreibung sonstiger Forderungen
5. IT-Dienstleister	IT-Dienstleistungen
6. Medizinische Gutachter	Erstellung von Gutachten
7. Medizinische Dienstleister	Erbringung medizinischer Serviceleistungen wie z. B. krankheitsspezifischer Coaching- und Beratungsleistungen
8. Rechtsanwälte, Rechtsanwaltskanzleien	Rechtsberatung, außergerichtliche und gerichtliche Vertretung

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter 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 unaufgefordert 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 unter-

liegen, 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. Die Prämie gebührt uns bis zum Zugang der Rücktrittserklärung. Bei einer Lebensversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

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 Prämienzuschlag) 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 Prämienanspruch richten sich dann rückwirkend zu den genannten Zeitpunkten nach dem geänderten Vertragsinhalt. Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie 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 die Prämie 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 die Prämie 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 bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung 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.