

ANTRAG AUF PRIVATE VORSORGE

Wichtige Informationen über die Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Ihr Versicherungsvermittler berät Sie in allen Vorsorgefragen. Ihre Risiko- und Gesundheitsangaben, die Sie im Rahmen der Antragsaufnahme machen, werden allein von unseren Antragsprüfern bewertet. Als Versicherer benötigen wir zur Beurteilung des zu versichernden Risikos ausführliche Informationen zu den Risikogegebenheiten. Dabei übernehmen wir den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der Antragsfragen. **Falls Sie die gestellten Fragen schuldhaft falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder später Vertragsanpassungen - auch rückwirkend - notwendig werden.** Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern auch dann, wenn ein Dritter in Ihrem Namen den Antrag ausfüllt.

Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. In diesem Fall haben wir das Recht, **den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.** Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend, bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode, Vertragsbestandteil.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren 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.

Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 VVG

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: Itzehoer Lebensversicherungs-AG, Itzehoer Platz, 25521 Itzehoe. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 04821 / 773 8 888.

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenen Teil der Beiträge, 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; dabei handelt es sich pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat um 1/360 des Jahresbeitrages. Darüber hinaus zahlen wir Ihnen soweit vorhanden den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz. 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.

Besondere Hinweise:

Das 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.

Antragsteller(in) Versicherungs- nehmer(in)	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma	Vermittler-Nummer:	
	Nachname, Vorname	JA Á A	
Straße, Hausnummer		APLNr.	Versicherungsschein-Nummer
Postleitzahl Ort		Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Telefonnummer und / oder Mail-Adresse		Berufliche Tätigkeit	Selbstständig?
Steueridentifikations-Nummer (TIN nach § 139b Abgabenordnung)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

zu versichernde Person (Partner / in bei K30/R30)	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		
	Nachname, Vorname	APLNr. Versicherungsschein-Nummer	
	Straße, Hausnummer	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
	Postleitzahl Ort	Berufliche Tätigkeit	Selbstständig?
<input type="checkbox"/> mit Antragsteller identisch			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Rechtsnachfolgeregelung:
 Beim Tod des Versicherungsnehmers, der nicht gleichzeitig auch versicherte Person ist, wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern bis dahin nichts anderes bestimmt ist.
 Der Versicherungsnehmer bleibt bis zu diesem Zeitpunkt alleiniger Inhaber sämtlicher Gestaltungsrechte.

Vertragsdaten												
Je Antrag kann nur ein Tarif ausgewählt werden!												
Haupt- versicherung (HT)	Beginn der Versicherung						Tarifalter	Beitrags- zahlungs- dauer	Versicherungs- dauer / Aufschubzeit	Bei nach dem 31.12.2011 abgeschlossenen Verträgen ist für die hälftige Besteuerung die Vollendung des 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen erforderlich!		
	Tag	Monat	Jahr									
	0	1			2	0						

		nicht bei A20		nicht bei A20	
Kapital <input type="checkbox"/>		Tarif	Garantierte Versicherungssumme (VS)	Sofortschutz (VS + Todesfallbonus ¹⁾)	¹⁾ Die Leistung aus der Überschussbeteiligung für den Todesfallbonus kann nicht garantiert werden. Sie gilt nur dann weiterhin, wenn die für dieses Geschäftsjahr festgesetzten Überschussanteile während der gesamten Versicherungsdauer unverändert bleiben.
	K <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> E	<input type="text"/> E	
				(nicht möglich bei K11 und K21)	

Risiko	<input type="checkbox"/>	Tarif R	Garantierte Versicherungssumme (VS)	E	Darlehns- zinssatz p. a.	Tilgungssatz p. a.	Anzahl der Raten p. a.
Risiko	<input type="checkbox"/>	Tarif R 2 0	Anfangsversicherungssumme (VS)	E	<input type="checkbox"/> linear fallend oder <input type="checkbox"/> progressiv fallend	%	%

Rente	<input type="checkbox"/>	Tarif	E	Lebenslang garantierte Rente		E	Wahlweise garantierte Kapitalabfindung (nicht bei E40)		E	Rentenzahlweise vorschüssig	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1/4 jährlich	<input type="checkbox"/> 1/2 jährlich	<input type="checkbox"/> jährlich
Tarifoptionen		Todesfallleistung nach Rentenbeginn		wahlweise	<input type="checkbox"/> Rentengarantiezeit			Jahre	oder	<input type="checkbox"/> Kapitalrückgewähr	oder	<input type="checkbox"/> keine Todesfallleistung		
		Tarifoption nur E40		<input type="checkbox"/> Ich wünsche eine Hinterbliebenenabsicherung. Sofern vereinbart, zahlen wir im Falle Ihres Todes eine Rente gemäß Bezugsrecht.										
Überschuss-system		wahlweise		- in der Aufschubzeit:	<input type="checkbox"/> verzinsliche Ansammlung	oder	<input type="checkbox"/> Bonusrente	oder	<input type="checkbox"/> Erlebensfallbonus (zwingend bei E40)					
				- im Rentenbezug:	<input type="checkbox"/> voll-dynamische Rente	oder	<input type="checkbox"/> teil-dynamische Rente	oder	<input type="checkbox"/> flexible nicht-dynamische Rente					

Vertrauens- rente <input type="checkbox"/>	Tarif <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A 2 0</div>	Lebenslang garantierte Monatsrente ²⁾ <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div> €	Renten- garantiezeit <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Jahre	²⁾ Die aufgrund der Förderung nach dem AVmG auf diesen Vertrag eingezahlten staatlichen Zulagen erhöhen die versicherten Leistungen.
---	---	--	---	---

**Überschuss-
system im
Rentenbezug**

wahlweise ☐ **voll**dynamische **oder** ☐ **teil**dynamische **oder** ☐ **flexible** nichtdynamische Rente

Die Rentenzahlung beginnt entsprechend der gewählten Zahlungsweise ab der nächsten Versicherungsperiode, die dem 67. Geburtstag folgt bzw. mit ihm zusammentrifft.

Beginnt Ihre Versicherung nicht am 01. 01. eines Jahres, kann es für die Ausschöpfung der vollen staatlichen Förderung erforderlich sein, eine einmalige Zuzahlung für die Monate vom 01. 01. bis zum Versicherungsbeginn zu leisten.

☐ Ja, ich wünsche die einmalige Zuzahlung. (Der Betrag wird von dem uns benannten Konto abgebucht) Zuzahlungsbetrag €

Zusatzversicherungen	- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung: nur möglich bei den Tarifen K20, K30, K40, E20, E20 DV, E40, R10 und R30; bei R20 ist nur B1 möglich - Unfallzusatzversicherung: nur möglich bei den Tarifen K10, K20, K30, K40, R10, R20 und R30					
Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> (B1) Beitragsbefreiung ³⁾ <input type="checkbox"/> (B2) Beitragsbefreiung und Barrente ³⁾	Berufsgruppe	Versicherungsdauer ⁴⁾	Leistungsdauer ⁴⁾	monatliche Barrente (B2)	monatliche Barrente (B2)
		B G				in % der garantierten Monatsrente oder der Versicherungssumme

3) Bei Tarif K30 und R30 nur für die erste versicherte Person

4) Versicherungs-/Leistungsdauer in Jahren ab Beginn der Versicherung.
Bei Tarif E40 müssen Versicherungsdauer des Haupttarifes und Leistungsdauer der BUZ identisch sein.

Unfallzusatzversicherung	<input type="checkbox"/> (U1) Unfall-Zusatztarif	Versicherungssumme (max. doppelte HT-VS; Bei Tarif R20 nur einfache HT-VS) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---------------------------------	--	--

Gesamtbeitrag	Beitrag garantiert	Beitrag nach Überschussverrechnung ⁵⁾	Zahlweise
Hauptversicherung mit Zusatz- Versicherung (HT UZV BUZ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> einmalig
<p>⁵⁾ Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden. Sie gilt nur dann weiterhin, wenn die für dieses Geschäftsjahr festgesetzten Überschussanteile während der gesamten Versicherungsdauer unverändert bleiben.</p> <p>In Abhängigkeit vom Eintrittsalter der versicherten Person und von der Laufzeit der Versicherung kann es bei bestimmten Vertragskombinationen vorkommen, dass die Summe der eingezahlten Beiträge die versicherte garantierte Versicherungssumme/Rente übersteigt.</p>			

Dynamik	Nur möglich bei den Tarifen: K20, K30, K40, E20, E40	<input type="checkbox"/> Jährliche Bruttobeitragssteigerung gemäß Steigerung des Höchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung - mindestens 5 % <input type="checkbox"/> um 5 %
----------------	--	---

Bezugsrecht	Empfänger für alle Versicherungsleistungen ist:		
Bei Ablauf bzw. bei Erleben	<input type="checkbox"/> der/die Versicherungsnehmer(in) (bei E40 und A20 und Rückdeckungsversicherung zwingend) <input type="checkbox"/> die zu versichernde Person		
	<input type="checkbox"/> abweichend hiervon (Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift angeben):		
Auszahlungskonto bei E30 / E31	Kontoinhaber	Konto-Nr. (kein Sparkonto)	Bankleitzahl
	Sind Kontoinhaber und Versicherungsnehmer nicht identisch, erfolgt eine Meldung an die Erbschaftssteuerstelle.		
Im Todesfall	Empfänger für alle Versicherungsleistungen ist:		
	<input type="checkbox"/> der/die in gültiger Ehe lebende Ehegatte(in) <input type="checkbox"/> die leiblichen Kinder <input type="checkbox"/> der/die Versicherungsnehmer(in) (bei Rückdeckungsversicherung zwingend)		
	<input type="checkbox"/> sonstige Personen (Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift angeben):		
Im Todesfall bei E40	Empfänger für alle Versicherungsleistungen aus der Tarifoption - Todesfallleistung - (sofern vereinbart) ist /sind:		
	a) der/die überlebende Ehegatte(in), mit dem die zu versichernden Person zum Zeitpunkt ihres Todes verheiratet war; danach		
	b) die Kinder zu gleichen Teilen, für die der zu versichernden Person oder deren Ehegatte(in) zum Zeitpunkt des Todes Kindergeld oder ein Freibetrag nach § 32 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 EStG zugestanden hätte.		
	Sind zum Todeszeitpunkt weder ein(e) Ehegatte(in) noch ein Kind in diesem Sinne vorhanden, erlischt die Versicherung. Eine Leistungspflicht entsteht in diesem Fall nicht.		
Besondere Vereinbarungen	Ist der Antrag von bestimmten Vereinbarungen (z.B. Hypothekenbeschaffung) abhängig?		
	<input type="checkbox"/> Bei E31: die Versicherungsleistung in Höhe aus Vertrag soll als Einmalbeitrag verwendet werden.		
	<input type="checkbox"/> Rückdeckungsversicherung (Kopie der Versorgungsordnung, des Gesellschafterbeschlusses und evtl. der Verpfändungsvereinbarung liegen bei)		
Angaben zum Geldwäschegesetz	Identifizierung des Vertragspartners (Versicherungsnehmer/in)		
	Wenn der Vertragspartner und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person ist (mit Ausnahme betrieblicher Altersversorgung), sind zusätzliche Angaben notwendig. Bitte Formular "Erklärung zum GwG - LA29" ausfüllen und dem Antrag beifügen.		
	<input type="checkbox"/> Die Identifizierung gilt als erfüllt und die nachfolgenden Angaben entfallen, wenn der Beitrag vom Konto des/ Vertragspartners eingezogen wird!		
	<input type="checkbox"/> Persönliche Identifizierung des Vertragspartners (natürliche Personen) durch den Vermittler:		
	Der/die Antragsteller/in hat sich ausgewiesen durch <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass		
	Name, Vorname, Straße, Postleitzahl, Ort und Staatsangehörigkeit gemäß Antrag ; falls nein, abweichende Daten lt. Ausweis:		
	Ausweis-Nr.:		
	Ausstellende Behörde:		
Wirtschaftlich Berechtigter	Geburtsort:		
	Ausweis gültig bis:		
	Wirtschaftlich Berechtigter:		
	Der Vertragspartner ist wirtschaftlich Berechtigter. Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf eigene Veranlassung und nicht durch die Beauftragung von Dritten.		
	<input type="checkbox"/> Falls nein, wirtschaftlich Berechtigter (z.B. abweichender Beitragszahler, unwiderruflich Bezugsberechtigter) ist		
	Name, Vorname, Straße, Postleitzahl, Ort sowie Staatsangehörigkeit und Geburtsdatum		
Ermächtigung zum Einzug der Beiträge durch Lastschrift	Konto-Nr.:	Bankleitzahl	
	Name des Geldinstitutes		
	Kontoinhaber (wenn nicht identisch mit Versicherungsnehmer). Bei E40 und Identifizierung durch Lastschrift muss Versicherungsnehmer Kontoinhaber sein!		
Angaben zum Risiko	Sofern bei Antragstellung der Tarif K10, K20, K30, K40, R10, R20, R30 oder eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gewählt wird, sind die Gesundheitsfragen (bei K30/R30 getrennt für jede VP) auf dem Zusatzbogen - Risiko- und Gesundheitsfragen - zu beantworten!		
	Der Zusatzantrag - Risiko- und Gesundheitserklärung - <input type="checkbox"/> ist beigelegt! <input type="checkbox"/> wird unverzüglich nachgereicht!		
Vertragsinformationen nach § 7 VVG	Ich bestätige mit meiner Unterschrift die folgenden Unterlagen in Textform erhalten zu haben:		
	Die Verbraucherinformationen (Informationen zum Vertrag und Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen), das Angebot mit normierter Modellrechnung, das Produktinformationsblatt gemäß § 4 der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und bei Tarifwahl A20 zusätzlich, die Informationen nach § 7 (1) und (2) Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz.		
	Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin		
Schluss-erklärung	Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schlusserklärung mit der Einwilligung zum Datenschutz und der Schweigepflichtentbindungserklärung und der elektronischen Datenübermittlung. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärung zum Vertragsinhalt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie auch die Richtigkeit der Antragsangaben und die gesonderte Informationen zu den Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG sowie die Widerrufsbelehrung auf der Antragsvorderseite gelesen und beachtet zu haben. Eine Durchschrift des Versicherungsantrages wurde mir nach Unterschrift des Antrages ausgehändigt.		
Unterschriften	Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin	
	Unterschrift der zu versichernden Person	Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in (bei Minderjährigen)	
	Kontoinhaber (falls nicht identisch mit Antragsteller)	Unterschrift des Vermittlers	

Kunde:			
Str.			
PLZ / Ort:		Datum:	
Tel:		Geb. Datum:	

VSC-Assekuranz UG
haftungsbeschränkt
Unter den Birken 14
38707 Schulenberg

Beratungsverzicht und Empfangsbestätigung Versicherungsdokumente

Sehr geehrter Herr Dimsat,

hiermit bestätige ich Ihnen den Erhalt folgender Versicherungsvertragsunterlagen:

- Antrag Itzehoer Versicherung (Stand: 01/2012)
- Beitragsinformationen (Stand: 01/2012)
- Vertragsbestimmungen inkl. Versicherungsbedingungen (Stand 01/2012)

☐ durch Download, ☐ per E-Mail

Des Weiteren verzichte ich ausdrücklich auf:

☐ eine Beratung und die Dokumentation

Die von mir beantragte Versicherung habe ich mit eigenem Handeln auf einer Internetseite der VSC-Assekuranz UG haftungsbeschränkt (VSC) ausgewählt und beantragt. Mir ist bekannt, dass es eine gesetzlich vorgeschriebene Beratungspflicht (§ 61 Absatz 1, § 62 VVG) für den Versicherungsvermittler gibt. Diese möchte ich aber nicht in Anspruch nehmen. Des Weiteren habe ich zur Kenntnis genommen, dass ich im Fall meines Eigenhandelns keine Schadensersatzansprüche (nach § 63 VVG) gegen die VSC geltend machen kann. Den Haftungshinweis auf der Internetseite zum Thema „Inhalt“ nachdem alle Inhalte auf den Internetseiten der VSC unverbindlich sind und dass ausschließlich die Bedingungen des Versicherers gelten habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

Mit freundlichen Grüßen

Datum / Ort / Unterschrift

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht!

Schlusserklärung: Wichtig für den Antragsteller / die Antragstellerin und die zu versichernde Person

Entbindung von der Schweigepflicht	<p>Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses sowie im Leistungsfall benötigen wir, die Itzehoer Lebensversicherungs-AG, personenbezogene Daten von der versicherten Person. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist aufgrund gesetzlicher Vorschriften grundsätzlich zulässig. In den nachfolgenden Fällen ist allerdings die Einwilligung der versicherten Person erforderlich. Bei Minderjährigen erfolgt die Einwilligung durch den gesetzlichen Vertreter.</p> <p>Vor Vertragsschluss überprüfen wir die Angaben über den Gesundheitszustand der versicherten Person, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und die Angaben dazu Anlass bieten. Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich sein, die Angaben, die zur Begründung von Ansprüchen vorgelegt werden und sich aus den Mitteilungen von Angehörigen eines Heilberufes ergeben, zu überprüfen. Hierbei steht es Ihnen frei, für jede erforderliche Auskunft eine Einzelmächtigung - ob oder inwieweit die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbunden werden - oder eine allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung zu erteilen.</p> <p>Zu diesem Zweck und zur zügigen Durchführung der Antragsbearbeitung bzw. Informationsgewinnung haben wir eine allgemeine Schweigepflichtentbindung zugrunde gelegt. Wir, die Itzehoer Lebensversicherungs-AG, erklären hierzu, Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen zu unterrichten und Sie darauf hinzuweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.</p> <p>Sollten Sie die Einzelmächtigung wünschen, bitten wir, uns dieses in Textform mitzuteilen. Wir werden dann für jede Einzelanfrage auf Sie zukommen und die Ermächtigung / Schweigepflichtentbindungserklärung einfordern. Sie können dann durch schriftliche Erklärung jeweils entscheiden, ob die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbunden werden sollen.</p> <p>Allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung:</p> <p>Ich ermächtige die Itzehoer Lebensversicherungs-AG, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Krankenanstalten und Angehörige von sonstigen Heilberufen, soweit ich dort in Behandlung, Beratung, Untersuchung oder Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe, über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor Vertragsschluss und für die nächsten 10 Jahre nach Vertragsschluss. Die Itzehoer Lebensversicherungs-AG darf auch die Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Krankenanstalten und Angehörige von sonstigen Heilberufen, die die Todesursache oder die Ursachen einer Berufs- / Erwerbsunfähigkeit feststellen, und die Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Krankenanstalten und Angehörige von sonstigen Heilberufen, die mich vor meinem Tode oder dem Eintritt einer Berufs- / Erwerbsunfähigkeit behandelt, beraten oder untersucht haben, sowie andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode oder zu einer Berufs- / Erwerbsunfähigkeit geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.</p> <p>Datenweitergabe an das Hinweis- und Informationssystem (HIS)</p> <p>Die Informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (www.informa-irfp.de), welches einer genaueren Risiko- und Leistungsfalleneinschätzung dient. Die Itzehoer Lebensversicherungs-AG meldet erhöhte Risiken und Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, in das HIS ein oder fragt Daten aus dem HIS ab. Hierfür benötigt die Itzehoer Lebensversicherungs-AG ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht. Ich entbinde die für die Itzehoer Lebensversicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an das Hinweis- und Informationssystem HIS melden.</p>
Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz	<p>Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko- / Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und / oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.</p> <p>Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der Itzehoer Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den / die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.</p> <p>Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der / die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf / dürfen.</p> <p>Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir vor Vertragsabschluss mit weiteren Verbraucherinformationen überlassen wird. Die Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten für Werbezwecke kann zu jeder Zeit widersprochen werden.</p>
Einwilligung für den Tarif E40 nach §10 Absatz 2a oder für den Tarif A20 nach §10a Absatz 2a des Einkommensteuergesetzes (EStG)	<p>Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Altersvorsorge-Versicherungsbeiträge (Vertrauensrente A20) oder Basisrenten-Versicherungsbeiträge (Basisrente E40) bestimmten personenbezogenen Daten (Name, gezahlte Beiträge, Steuer-Identifikationsnummer und Vertragsdaten, soweit sie von den zuständigen Behörden verlangt werden, sowie das Datum dieser Einwilligung) von der Itzehoer Lebensversicherungs-AG an die Deutsche Rentenversicherung Bund als zentrale Stelle und die Finanzbehörden übermittelt werden. Meine Einwilligungserklärung kann ich schriftlich widerrufen. Mir ist bekannt, dass ich die Beiträge steuerlich nicht als Sonderausgaben geltend machen kann, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder sie widerrufe.</p>
Vertragsgrundlagen	<p>Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, dem Versicherungsschein, den jeweiligen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Bestimmungen.</p>
Gesetzlicher Sicherungsfonds für Lebensversicherer	<p>Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Itzehoer Lebensversicherungs-AG gehört dem Sicherungsfonds an.</p>
Beschwerdestelle	<p>Sollten Sie Fragen zu Ihren Verträgen haben, stehen Ihnen Ihr(e) Vertrauensmann / -frau und die Mitarbeiter / innen der Hauptverwaltung in Itzehoe zur Verfügung. Sollten Sie einmal mit der Bearbeitung Ihres Anliegens nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte direkt an die Hauptverwaltung.</p> <p>Sie können sich mit Ihrem Anliegen auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Sektor Versicherungsaufsicht wenden. Die Anschrift lautet:</p> <p style="text-align: center;">Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Sektor Versicherungsaufsicht - Graurheindorfer Str. 108, - 53117 Bonn Telefon (02 28) 41 08-0, Telefax (02 28) 41 08 15 50</p> <p>Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Anschrift lautet:</p> <p style="text-align: center;">Versicherungsombudsmann e.V. - Postfach 080 632, - 10006 Berlin Telefon (0 18 04) 22 44 24, Telefax (0 18 04) 22 44 25</p>