

Antrags-/Policen-Nr.

## Allgemeine Angaben

Versicherte Person

Versicherungsnehmer

Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit und Branche

Geburtsdatum versicherte Person

Tätigkeitsstatus  Selbständig  Angestellt  Angestellt ö. D.  Beamter  Sonstiges

## Wichtiger Hinweis über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Angaben zu Ihrer Gesundheit und weitere Angaben, die wir benötigen, um die bei Ihnen vorliegenden Risikogegebenheiten richtig einschätzen zu können, wahrheitsgemäß und vollständig machen. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Standard Life Versicherung, Zweigniederlassung Deutschland der Standard Life Assurance Limited, Lyoner Straße 15, 60528 Frankfurt am Main nachzuholen.

Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem für Sie dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei. Bevor Sie Ihre Vertragserklärung durch Ihre Unterschrift bestätigen, prüfen Sie bitte die Richtigkeit Ihrer Angaben, Antworten und Erläuterungen, auch wenn Ihnen andere Personen beim Ausfüllen des Antrages geholfen haben.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir innerhalb der unter Nr. 4 aufgeführten Fristen vom Vertrag zurücktreten. Enthält der Vertrag eine Risikoschutzkomponente, können wir auch nur von dieser Komponente zurücktreten, sofern uns Umstände nicht, nicht vollständig oder nicht richtig angegeben wurden, welche für die Übernahme des jeweiligen Risikoversicherungsschutzes von Bedeutung sind. Uns steht kein Rücktrittsrecht zu, wenn Sie uns nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- ▶ weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- ▶ noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Sie haben einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes. Haben wir nur die Risikoschutzkomponente(n) durch Rücktritt aufgehoben, so wird kein Rückkaufwert ausgezahlt. Der Beitrag reduziert sich entsprechend nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

#### 2. Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat ganz oder teilweise kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Kündigen wir nur die Risikoschutzkomponente(n), reduziert sich entsprechend der Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag bzw. die Risikoschutzkomponente(n) auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

#### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag bzw. die Risikoschutzkomponente(n) auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch durch eine rückwirkende Vertragsanpassung durch Einfügung eines ab Vertragsbeginn geltenden Risikoausschlusses kann es dazu kommen, dass unsere Leistungspflicht trotz Eintritt des Versicherungsfalles entfällt. Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz 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.



## Wichtiger Hinweis über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (Fortsetzung)

### 4. Ausübung unserer Rechte

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 müssen wir die Umstände angeben, 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.

### 5. 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 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.

## Freiwillige Selbstverpflichtung

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädikativen Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädikativen Gentests müssen bei allen Arten von Lebensversicherungen erst ab einer Versicherungssumme von € 300.000 bzw. Jahresrente von € 30.000 offen gelegt werden. Unter einem „prädikativen Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

## Wichtiger Hinweis

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Sie sind verpflichtet, die Fragen zu den gefahrerheblichen Umständen nach besten Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die versicherte Person.

Die Angaben können Sie gegenüber dem Versicherungsvermittler machen, der sie uns dann übermitteln wird. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Informationen finden Sie hierzu in „Wichtiger Hinweis über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.

Zur Erleichterung der Beantwortung der einzelnen Fragen haben wir Ihnen vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten etc. genannt. Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen.

## Angaben der zu versichernden Person

1.1 Haben Sie Ansprüche auf Leistungen bei Tod, Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit aus bereits bestehenden Absicherungen und/oder Versicherungsverträgen?  Nein  Ja

Todesfallsumme €   Dienstunfähigkeit €  p.a.

Berufsunfähigkeit €  p.a.  Kammerversorgung €  p.a.

Erwerbsunfähigkeit €  p.a.

1.2 Haben Sie derzeit beruflich

• Umgang mit explosiven Stoffen/Gasen?  Nein  Ja

• Umgang mit radioaktiven Stoffen?  Nein  Ja

• Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen wie biologischen Arbeitsstoffen oder hautbelastenden Substanzen?  Nein  Ja

Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:


1.3 Üben Sie eine oder mehrere Sportart(en) aus?  Nein  Ja

Welche?

Nehmen Sie an sportlichen Wettkämpfen/Wettbewerben teil?  Nein  Ja

Welchen?

1.4 Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU, Islands, Norwegens, der Schweiz, der USA oder Kanadas von insgesamt mehr als 12 Wochen?  Nein  Ja

Wann? Wohin? Zeitraum? Anlass?

1.5 Einkommensangaben:

Bitte geben Sie hier Ihr Einkommen aus selbständiger bzw. nichtselbständiger Tätigkeit an = Bruttoeinkommen

Mein derzeitiges Bruttomonatseinkommen beträgt €  monatlich

Mein Bruttoeinkommen im Vorjahr betrug €  jährlich

Mein Bruttoeinkommen im vorletzten Jahr betrug €  jährlich

1.6 Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an:  cm  kg

1.7 Bitte geben Sie hier Ihren Hausarzt an (Name und Anschrift)

kein Hausarzt vorhanden; dann bitte Angabe des am besten informierten ärztlichen oder nichtärztlichen Therapeuten (Name, Anschrift):

Bitte beachten Sie, dass wir nicht notwendigerweise den von Ihnen angegebenen Arzt/Therapeut kontaktieren. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Ihnen hier gestellten Fragen zu beantworten, damit wir die Ihnen bekannten Gefahrumstände bei der Entscheidung zur Risikübernahme berücksichtigen können.

1.8 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten oder Zigarillos geraucht?  Nein  Ja  Zigaretten pro Tag  Zigarillos pro Tag

## Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 10 Jahre

Haben Sie eine oder mehrere Fragen bejaht benötigen wir hierzu nähere Angaben im Antwortblock Ergänzende Gesundheitsangaben.  
Bei evtl. durchgeführten Gentests beachten Sie bitte unsere Freiwillige Selbstverpflichtung für prädikative Gentests!

\*Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe.

- 2.1 Haben in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen Krankenhaus-, Kur-, Rehabilitationsaufenthalte oder ambulante Operationen (\*Hierzu gehören u.a. Laserung der Augen, Arthroskopie) stattgefunden oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate ärztlich empfohlen oder vorgesehen?  Nein  Ja
- 2.2 Konsumieren oder konsumierten Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel?  Nein  Ja
- 2.3 Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt?  Nein  Ja

## Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 5 Jahre

Haben Sie eine oder mehrere Fragen bejaht benötigen wir hierzu nähere Angaben im Antwortblock Ergänzende Gesundheitsangaben.  
Bei evtl. durchgeführten Gentests beachten Sie bitte unsere Freiwillige Selbstverpflichtung für prädikative Gentests!

\*Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe.

- 3.1 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen
- a) **des Herzens oder der Kreislauforgane?**  Nein  Ja  
\*Hierzu gehören u.a. ärztl. diagnostizierter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen.
- b) **der Atmungsorgane?**  Nein  Ja  
\*Hierzu gehören u.a. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Hausstauballergie.
- c) **der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse?**  Nein  Ja  
\*Hierzu gehören u.a. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis B oder C.
- d) **der Nieren und Harnwege, Geschlechtsorgane?**  Nein  Ja  
\*Hierzu gehören u.a. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin.
- e) **der Haut?**  Nein  Ja  
\*Hierzu gehören u.a. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte.
- f) **der Finger, Hände, Arme, Beine, Füße, des Rückens und der Wirbelsäule, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder?**  Nein  Ja  
\*Hierzu gehören u.a. Bewegungseinschränkungen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Rheuma, Fibromyalgie.
- g) **der Psyche, des Gehirns oder des Nervensystems?**  Nein  Ja  
\*Hierzu gehören u.a. Depressionen, Angstzustände, Suizidversuch, Essstörung, Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Migräne.
- h) **der Augen?**  Nein  Ja  
\*Hierzu gehören u.a. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- oder Netzhauterkrankung, Starkerkrankung.
- i) **der Ohren?**  Nein  Ja  
\*Hierzu gehören u.a. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörungen.
- j) **des Stoffwechsels?**  Nein  Ja  
\*Hierzu gehören u.a. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung.
- k) **des Blutes oder Tumorerkrankungen?**  Nein  Ja  
\*Hierzu gehören u.a. Blutarmut/Anämie, Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit, Krebs.
- 3.2 Sind oder waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung?  Nein  Ja
- 3.3 Bestehen bei Ihnen körperliche Gebrechen, ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung?  Nein  Ja  
\*Hierzu gehören u.a. Fehlbildungen, Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen, Verlust eines Auges.
- 3.4 Bestehen bei Ihnen Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (MdE/GdB) oder Wehrdienstbeschädigung (WDB)?  Nein  Ja
- MdE  % seit

GdB  % seit

WDB seit

Gründe für MdE, GdB, WDB
- 3.5 Wurde eine Pflegestufe anerkannt?  Nein  Ja
- Pflegestufe  (I, II, III)

anerkannt seit

Grund
- 3.6 Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion?  Nein  Ja



Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Fragenblöcke 2. und 3. bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben (ggf. gesondertes Blatt verwenden)

Zu Frage:	Art der Erkrankung, Untersuchungsergebnisse, Beschwerden, Operation, Kur, Behandlung, verordnete Medikamente, Arbeitsunfähigkeitszeiten	Wann? Wie lange? Folgenlos ausgeheilt?	Name und Anschrift des behandelnden Arztes, nichtärztlichen Therapeuten (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeut), Krankenhäuser, Kuranstalten
-----------	---	---	---

Zusätzliche Angaben liegen anbei

Anzahl Extrablätter

Es folgen noch Angaben

### Einwilligungserklärung zur Schweigepflichtentbindung

#### Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

##### 1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

###### a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

- Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.
- Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
- Die Standard Life Versicherung wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

###### b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

- Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.
- Die Standard Life Versicherung wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.
- Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

###### c) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die Standard Life Versicherung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

##### 2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Nr. 1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (s. Rückseite) Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 3 (Rückversicherung), Nr. 4 (Outsourcing), Nr. 5 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 6 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen. An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. 5 keine Gesundheitsdaten weitergeben. Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 6.) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.



## Vorläufiger Versicherungsschutz

Hiermit beantragt und erhält der Versicherungsnehmer „vorläufigen Versicherungsschutz“, es sei denn, dieser steht den besonderen Vereinbarungen entgegen. Beginn, Ende, Umfang, Entgelt und weitere Einzelheiten des vorläufigen Versicherungsschutzes richten sich nach den Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz, die folgender Seite aufgedruckt ist und ausdrücklich Inhalt dieses Vertrages werden. Für den Beginn des vorläufigen Versicherungsschutzes verweisen wir auf § 2 der Bedingungen für den Vorläufigen Versicherungsschutz und hier insbesondere auf § 2 Abs. 2.

## Schlusserklärung

Ich bestätige hiermit, den wichtigen Hinweis über die Folgen einer Verletzung meiner gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 19 Abs. 5 VVG und die Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (s. Rückseite) gelesen zu haben. Alle mir gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

## Unterschriften

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer) X
Unterschrift des Versicherungsnehmers X	Bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter X

**§ 1 Was ist vorläufig versichert?**

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf folgende Leistungen, sofern sie für diese Fälle beantragt worden sind:
  - (a) Todesfallleistung;
  - (b) Leistungen der Berufsunfähigkeitsabdeckung (Beitragsbefreiung und gegebenenfalls Berufsunfähigkeitsrente).
- (2) Die für den Todesfall beantragte Leistung, höchstens jedoch € 100.000, erbringen wir, wenn der Tod während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist.
- (3) Tritt Berufsunfähigkeit während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes ein, erbringen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, jedoch höchstens € 12.000 jährlich. Für die Beitragsbefreiung gilt höchstens der Beitrag, der für die beantragte Versicherung zu zahlen wäre, jedoch nicht mehr als € 1.000 jährlich. Diese Leistungen erbringen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer.
- (4) Ist Beitragsbefreiung beantragt, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 3, wenn dieser Vertrag zustande gekommen ist und solange er nicht weggefallen ist. In Erfüllung unserer Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz werden wir Anträge auf Versicherungen, für die Beitragsbefreiung beantragt ist, nicht deshalb ablehnen, weil Sie uns eine nach Unterzeichnung Ihres Antrages eingetretene Berufsunfähigkeit angezeigt haben.
- (5) Ist Rente beantragt, zahlen wir gemäß Absatz 3 die Rente und befreien Sie zugleich gemäß Absatz 3 von der Beitragszahlungspflicht. In Erfüllung unserer Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz werden wir Anträge auf Versicherungen, für die auch Berufsunfähigkeitsrente beantragt ist, nicht deshalb ablehnen, weil Sie uns eine nach Unterzeichnung Ihres Antrages eingetretene Berufsunfähigkeit angezeigt haben.
- (6) Endet nach bereits anerkannter Berufsunfähigkeit aus dem vorläufigen Versicherungsschutz unsere Leistungspflicht und tritt danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache(n) ein, werden wir wieder Leistungen nach diesen Bedingungen erbringen.
- (7) Die in den Absätzen 2 und 3 genannten Begrenzungen gelten auch dann, wenn, gleichgültig von wem, mehrere Anträge für dieselbe zu versichernde Person bei uns gestellt worden sind.

**§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?**

Für den vorläufigen Versicherungsschutz gelten folgende Voraussetzungen:

- (1) Der beantragte Versicherungsbeginn liegt nicht später als zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrages.
- (2) Der Erst- oder Einmalbeitrag (Einlösebeitrag) für die beantragte Versicherung ist gezahlt oder uns ist eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden.
- (3) Sie haben das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht.
- (4) Ihr Antrag bewegt sich im Rahmen der von uns angebotenen Produkte und Bedingungen.
- (5) Die versicherte Person hat bei Unterzeichnung des Antrages das 63. Lebensjahr noch nicht vollendet.

**§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?**

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht, spätestens mit dem dritten Tag nach der Unterzeichnung des Antrages.
- (2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn
  - (a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat,
  - (b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben,
  - (c) Sie Ihren Antrag zurückgenommen haben,
  - (d) Sie dem Zustandekommen des Versicherungsvertrages widersprochen haben oder
  - (e) der Einzug des Einlösebeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.
- (3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne eine Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

**§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?**

- (1) Bei Selbsttötung der versicherten Person besteht vorläufiger Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.
- (2) Tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes der Versicherungsfall ein und sind dafür Krankheiten, Gesundheitsstörungen, oder Beschwerden unmittelbar ursächlich, die bereits im Zeitpunkt der Antragstellung vorhanden und der versicherten Person bekannt gewesen sind, ist unsere Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- (3) Ist der Versicherungsfall, der vorläufig versichert ist (§ 1 Absatz 1), in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, eingetreten, ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen.

**§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?**

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir jedoch Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für den Teil der Laufzeit des vorläufigen Versicherungsschutzes, der beim Zustandekommen des Hauptvertrages für diesen zu zahlen wäre.

**§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung? Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?**

- (1) Soweit es in diesen Bestimmungen nichts anderes geregelt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung.
- (2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.



**I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit**

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, die Standard Life Versicherung, insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung. Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.)

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Wir dürfen sie im Regelfall nur verwenden, wenn Sie zuvor hierzu ausdrücklich einwilligen. (Vgl. dazu Einwilligungserklärungen zur Schweigepflichtsentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten)

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und zur Schweigepflichtsentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

**II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten**

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- 1. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die Standard Life Versicherung.
- 2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.

- 3. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- 4. durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Standard Life Gruppe, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.
- 5. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft, welches von der informa insurance risk+fraud prevention GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden unterhalten, betrieben und Daten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) und der Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieser Systeme kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.
- 6. zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch die Standard Life Versicherung, andere Unternehmen der Standard Life Gruppe oder den für mich zuständigen Vermittler.
- 7. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die Standard Life Versicherung selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen der Standard Life Gruppe oder eine Auskunft (z. B. Infoscore, Creditreform).





Stand: September 2011 VGF/D/1 000/11/09/11

# Wir freuen uns auf Sie

## Telefon 0800 2214747 (kostenfrei)

Wir sind montags bis freitags von 8.30 bis 18.00 Uhr für Sie da.

**standardlife.de**

### **Standard Life Versicherung**

Zweigniederlassung Deutschland der Standard Life Assurance Limited

Hauptbevollmächtigter: Sven Enger

Bankverbindung: HSBC Trinkaus & Burkhardt AG Kto. Nr. 300478026 BLZ 300 308 80

IBAN DE 47300308800300478026 SWIFT TUBDEDD

UST-ID Nr. DE 259249623

Reg.G.Nr. HRB 41297 Sitz: Edinburgh (Schottland) Register-Nr. SC286833

Rechtsform: Limited Company

Vorstand: John Gill, Jackie Hunt, Mark Alexander Hesketh, Paul Matthews, David Nish, Nathan Parnaby

Stand: September 2011 © Standard Life