

- Antrag auf eine**
- **VPV Risikolebensversicherung**
 - **VPV Sterbegeldversicherung**
 - **VPV Berufsunfähigkeitsversicherung**
 - **VPV Plus-Rente/VPV Extra**

Lebensversicherung mit sofortiger Überschussbeteiligung und Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Für die beantragte Versicherung (nicht bei Tarif A6GL) gewähren wir Ihnen vorläufigen Versicherungsschutz für den Todesfall und den Fall der Berufsunfähigkeit. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei der Direktion eingeht. Eine Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall und den Fall der Berufsunfähigkeit beantragten Versicherungsleistungen. Unsere Leistungen im Todesfall sind einschließlich einer eventuell mitbeantragten Zusatzleistung aus einer Unfalltod-Zusatzversicherung auf einen Betrag von höchstens 125.000 € und im Fall der Berufsunfähigkeit auf eine Jahresrente von höchstens 15.000 € begrenzt. Im Einzelnen gelten die Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz, die Ihnen vor Antragstellung ausgehändigt oder auf Wunsch zusammen mit dem Versicherungsschein übersandt werden.

VPV
LEBENSVERSICHERUNGS-AG




Tarife

- | | |
|--------------------|---|
| A1 | Kapitalversicherung auf den Todesfall (Sterbegeldversicherung) |
| A6G ¹⁾ | Abgekürzte Kapitalversicherung auf den Todesfall (Risikolebensversicherung) |
| A6GL ¹⁾ | mit gleichbleibender Versicherungssumme und Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen |
| A6F ¹⁾ | Abgekürzte Kapitalversicherung auf den Todesfall (Risikolebensversicherung) mit fallender Versicherungssumme und Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen |
| A8R ²⁾ | Leibrentenversicherung (lebenslange Rente) |
| A8E | mit aufgeschobener Rentenzahlung, Rentengarantiezeit, Beitragsrückgewähr im Todesfall und Kapitalwahlrecht |
| A9 | Leibrentenversicherung (lebenslange Rente) mit sofortiger Rentenzahlung und Rentengarantiezeit gegen Einmalbeitrag |
| A10 ²⁾ | Kapitalversicherung auf den Todesfall ohne Gesundheitsprüfung mit gestaffelter Leistung in den ersten 2 Jahren (Sterbegeldversicherung) und Verrechnung der Risikoüberschussanteile mit den Beiträgen (bei laufendem Beitrag) |
| SBU | Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen |

mit Anpassungsrecht (nur in Verbindung mit den Tarifen A6G, A8R, SBU)

auf Wunsch mit

- Unfalltod-Zusatzversicherung
(nur in Verbindung mit den Tarifen A1, A6G, A8R, A10 bei laufendem Beitrag)
- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen
(nur in Verbindung mit den Tarifen A6G, A8R bei laufendem Beitrag)
- Bestattungsvorsorge
(nur in Verbindung mit Tarif A10)

1) Diese Tarife können bei Vorliegen der Voraussetzungen auch als Nichtraucher tarife abgeschlossen werden.

2) Diese Tarife können bei Vorliegen der Voraussetzungen auch als Kollektivverträge abgeschlossen werden. Die Tarifbezeichnung wird dann um „K“ ergänzt.

Neuantrag

Eingang Hauptverwaltung

Versicherungs-Nr.

oder Umwandlungsantrag
 Wiederinkraftsetzungs-Antrag
 Umtauschantrag
 zu VNR. _____
 Versicherungsschein liegt bei

Kollektivvertrags-Nr.:

Geburtsdatum

Familienstand

Antragsteller

(Versicherungsnehmer/
zu versichernde Person)

Frau
 Herr

Nachname, Vorname

Nationalität

Telefon privat

Straße, Haus-Nr.

Telefon beruflich

Telefon mobil

Zustellvermerk

E-Mail

LKZ PLZ

Wohnort

steuerliche Identifikationsnummer (bei A9 bitte angeben)

Berufliche Tätigkeit

Zu versichernde Person

(falls Antragsteller nicht
zugleich zu versichernde
Person ist)

Frau
 Herr

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Familienstand

Straße, Haus-Nr.

Nationalität

Telefon privat

LKZ PLZ

Wohnort

Telefon beruflich

Telefon mobil

Berufliche Tätigkeit

Auszahlungskonto

(nur für sofort beginnende
Rentenzahlungen)

Nachname, Vorname (Kontoinhaber)

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

LKZ PLZ

Wohnort

Frau
 Herr

IBAN

LKZ Prüfz. BLZ Kontonummer zusätzlich Auslands-IBAN

Kreditinstitut Name BIC

Beitragszahlung

Für Lastschriften ist das SEPA-Mandatsformular 0.KAB.0157 auszufüllen und beizufügen

Zahlungswweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich einmalig

Erklärung des Antragstellers (Versicherungsnehmers) nach dem Geldwäschegesetz

Ich handle auf eigene Veranlassung und wurde von keinem Dritten hierzu beauftragt.
 Ich handle nicht auf eigene Veranlassung und wurde von einem Dritten hierzu beauftragt.

Die Erklärung 0.KAB.0098 ist beizufügen

Gewünschter Versicherungsschutz

Tarif _____ Versicherungsbeginn **01.** Anpassungsrecht 1): Ich wünsche keine Anpassung alle 2 Jahre um 6 % ___ % Anpassung alle ___ Jahre Anpassung entsprechend der gesetzl. Rentenversicherung

Kapitalversicherung

Eintrittsalter Jahre Versicherungsdauer Jahre Beitragszahlungsdauer Jahre
 Versicherungssumme € Risikozuschlag € Beitrag vor Verrechnung lt. Zahlungsw. € Beitrag nach Verrechnung lt. Zahlungsw. 2) €
 mit Bestattungsvorsorge (nur in Verbindung mit Tarif A10) Vorsorgemodell: Basis Versicherungssumme ab 5.000,- € Tradition Versicherungssumme ab 7.000,- € Komfort Versicherungssumme ab 10.000,- €

Risikolebensversicherung

Eintrittsalter Jahre Versicherungsdauer Jahre Beitragszahlungsdauer Jahre
 (Anfangs-)Vers.-Summe € Nichtraucher tarif (siehe Wichtige Hinweise) Risikozuschlag € Beitrag vor Verrechnung lt. Zahlungsw. € Beitrag nach Verrechnung lt. Zahlungsw. 2) €

Rentenversicherung

Geburtsjahr Aufschubzeit Jahre Beitragszahlungsdauer Jahre Verwendung Ablaufleistung aus VNR
 Jahresrente € Beitrag lt. Zahlungsw. €
 Rentenzahlungsbeginn **01.** Rentengarantiezeit Jahre Rentenzahlungsweise _____

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Eintrittsalter Jahre Versicherungsdauer 3) Jahre Leistungsdauer 4) Jahre
 Jahresrente € Berufsklasse _____ Risikozuschlag € Beitrag vor Verrechnung lt. Zahlungsw. € Beitrag nach Verrechnung lt. Zahlungsw. 2) €

Unfalltod-Zusatzversicherung (UZV)

für die zu versichernde Person Risikozuschlag € Beitrag lt. Zahlungsw. €

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)

Tarif _____ Beitragsbefreiung _____ Versicherungsdauer 3) Jahre Leistungsdauer 4) Jahre
 Tarif _____ Beitragsbefreiung u. Rente _____ BUZ-Jahresrente € Berufsklasse _____ Risikozuschlag € Beitrag vor Verrechnung lt. Zahlungsw. € Beitrag nach Verrechnung lt. Zahlungsw. 2) €

Risikozuschlag gesamt € Gesamtbeitrag vor Verrechnung lt. Zahlungsweise € Gesamtbeitrag nach Verrechnung lt. Zahlungsweise 2) €

1) siehe Wichtige Hinweise: Anpassung
 2) siehe Wichtige Hinweise: Überschussbeteiligung
 3) zugleich Beitragszahlungsdauer
 4) maximale Leistungsdauer ab Versicherungsbeginn

Original für Direktion
1. Kopie für Vermittler
2. Kopie für Antragsteller

Vorversicherungen

Bestehen oder bestanden für den Antragsteller, die zu versichernde Person oder den Beitragszahler bereits Versicherungen bei der Vereinigten Postversicherung VVaG, der VPV Lebensversicherungs-AG, der VPV Allgemeine Versicherungs-AG, der Kölner Postversicherung VVaG, der Bayerischen Postversicherung, der Postversicherungskasse oder der Post-Sterbekasse?

nein ja

versicherungsnummer(n)?

Bezugsberechtigung

(Der Versicherer ist berechtigt, an den Inhaber des Versicherungsscheins zu leisten)

Bezugsberechtigte Person(en) im Todesfall der versicherten Person (Nachname, Vorname, Geb.-datum)

Bezugsberechtigte Person(en) im Erlebensfall (Nachname, Vorname, Geb.-datum)

Bei Einschluss der Bestattungsvorsorge gilt für den Todesfall folgende Bezugsberechtigung:

Ich beauftrage die Deutsche Bestattungsfürsorge GmbH & Co. KG (DBF) mit der Durchführung meiner Bestattung im Rahmen des gewählten Vorsorge-modells. Für die Dauer des Bestehens des Bestattungs-Vorsorgevertrages und ausschließlich für die Leistung im Todesfall wird ein unwiderrufliches Bezugsrecht zu Gunsten der DBF Deutsche Bestattungsfürsorge GmbH & Co. KG eingeräumt.

Besondere Vereinbarungen

(siehe auch Wichtige Hinweise sowie § 2 Abs. c) der Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz)

Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? nein ja

Welche?

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: VPV Lebensversicherungs-AG, Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart oder Postfach 31 17 55, 70477 Stuttgart

Ein Widerruf per Telefax ist an folgende Faxnummer zu richten: 07 11 / 13 91-60 01

Ein Widerruf per E-Mail ist an folgende E-Mail-Adresse zu richten: info@vpv.de

Ein Widerruf per E-Postbrief ist an folgende E-Postbrief-Adresse zu richten: info@vpv.epost.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Anschreiben zum Versicherungsschein auf Seite 2 ausgewiesenen Betrag. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus.

Die Erstattung zurückzahlender 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 des Versicherungsvertragsgesetzes 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.

Ende der Widerrufsbelehrung

Vertragsgrundlagen

Für die Versicherung gelten dieser Antrag sowie die Versicherungsbedingungen mit den dazugehörigen Verbraucherinformationen.

Hiermit bestätige ich den Erhalt folgender Dokumente:

- > Beratungsprotokoll
- > Angebotsberechnung
- > Vertragsbestimmungen inkl. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Druckstücknummer

Ich habe diese Unterlagen rechtzeitig vor meiner Antragstellung erhalten und hatte ausreichend Zeit, diese durchzusehen.

Datum	Unterschrift Antragsteller	Unterschrift gesetzlicher Vertreter
	X	X

Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernde Person

Für Anträge, die einen Versicherungsschutz für den Todesfall oder für Berufsunfähigkeit beinhalten, ist die Beantwortung zusätzlicher Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen, zur beruflichen Situation, zu sportlichen Aktivitäten und Auslandsaufenthalten der zu versichernden Person erforderlich. Wir bitten Sie, diese Fragen im Rahmen der Antragsaufnahme auf unserem zusätzlichen Formblatt 1.KAB.0099 bzw. dem persönlichen Risikoprüfungsprotokoll zu beantworten. Nur die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen schützt Sie und Ihre Angehörigen vor Nachteilen.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Wichtigen Hinweise. Sie enthalten Informationen zur Datenverarbeitung und weitere wichtige Hinweise sowie Erläuterungen und Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung beim Bestattungs-Vorsorgevertrag (nur gültig, wenn als Baustein zum Tarif A10/Sterbegeldversicherung gewählt); sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Wichtigen Hinweise zum Inhalt dieses Antrags.

Eigenhändige Unterschriften mit ausgeschriebenen Vor- und Nachnamen

Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer und Antragsteller	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Versicherungsnehmers (bei Minderjährigen)
	X	X
	Unterschrift der zu versichernden Person, falls diese nicht Antragsteller ist	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person
	X	X

Bitte immer vom Vermittler zu beantworten

Wird wegen Überschreiten der Summengrenzen nach unseren Richtlinien eine ärztliche Untersuchung erforderlich?

nein ja

Wenn ja, Formular Ärztliches Zeugnis 0.KAB.0003 ausgehändigt? nein ja

Welche zusätzliche Anlage zum Versicherungsantrag ist beigefügt?

Zusätzliche Erklärung 1.KAB.0099 und/oder Formular Nr. _____ gesondertes Blatt
 Persönliches Risikoprüfungsprotokoll Nr. _____ RK

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Unterschriften eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den Antragserklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind.

Unterschrift Vermittler

MK	TL	VMNR 1	VMNR 2
----	----	--------	--------

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und die zu versichernde Person

Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.vpv.de/datschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie auf dieser Seite unser Informationsblatt zur Datenverarbeitung mit einer Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen auch gerne ein aktuelles Informationsblatt mit der Liste und die Verhaltensregeln per Post oder per E-Mail.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Eine Berichtigung Ihrer Daten ist möglich, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Weiterhin haben Sie das Recht, nicht mehr erforderliche und unzulässig gespeicherte Daten sperren oder löschen zu lassen.

Datenverarbeitung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung im Rahmen der Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Werbung für unser Unternehmen und andere Unternehmen der VPV Versicherungsgruppe sowie zur Markt- und Meinungsforschung verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Sie können Ihre in diesem Abschnitt beschriebenen Rechte geltend machen, indem Sie sich schriftlich wenden an: VPV Versicherungen, Kundenservice, Postfach 31 17 55, 70477 Stuttgart.

Einen gesicherten Kontakt können Sie über die Internetseite www.vpv.de/kontakt aufnehmen. Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Kontaktaufnahme per E-Mail: info@vpv.de, per E-Postbrief: info@vpv.post.de oder telefonisch: 07 11 / 13 91-60 00.

Geldwäschegesetz

Nach dem Geldwäschegesetz (GwG) ist die VPV verpflichtet, bei der Begründung der Kundenbeziehung die Identität ihres Vertragspartners festzustellen. Darüber hinaus hat die VPV den wirtschaftlich Berechtigten zu identifizieren. Wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich die natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht. Es kann auch mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben. Handle ich nicht auf eigene Veranlassung, werde ich Ihnen die Angaben zu Namen, Anschrift sowie die erforderlichen Identifikationsdaten des wirtschaftlich Berechtigten im Sinne des Geldwäschegesetzes auf Ihrem Formular 0.KAB.0098 mitteilen.

Mitversicherung

Stellen Sie einen Antrag nach Tarif A10K oder A6GL und sind Sie nach § 4 der Satzung der Vereinigten Postversicherung VVaG, Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart aufnahmefähig, z. B. Mitarbeiter aus dem Post- und Telekom-Bereich, werden Sie in dem Tarif A10P oder A6GP bei der Vereinigten Postversicherung VVaG zu 1 % mitversichert und damit gleichzeitig deren Mitglied.

Anpassung

Bei den Tarifen A6G, A8R und SBU ist standardmäßig alle 2 Jahre eine planmäßige Erhöhung der Beiträge um 6 % und dementsprechend der Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vorgesehen (beim Tarif A6G ist für den Einschluss der Dynamik eine Mindestversicherungssumme von 20.000 € erforderlich). Alternativ kann auf das Anpassungsrecht verzichtet oder eine andere Form vereinbart werden. Zur Verfügung stehen:

- 1-jährig um einen festen Prozentsatz von 5, 6, 7, 8, 9 oder 10 % (für SBU und A6G nur 5 %)
- 1-jährig um die prozentuale Steigerung des Höchstbeitrags in der gesetzlichen Rentenversicherung, mindestens jedoch um 5 % (nicht bei SBU und A6G)
- 2-jährig um einen festen Prozentsatz von 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 oder 12 % (für SBU und A6G 5, 6, 7 und 8 %).

Nichtraucher

Nichtraucher (N) (nur in Verbindung mit den Tarifen A6G, A6GL, A6GP und A6F):

- Nichtraucher (N) ist, wer in den letzten 12 Monaten aktiv kein Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben. Rauchen meint das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Inhalieren meint die Nutzung elektronischer Rauchgeräte, bei denen es zu einer Nikotinaufnahme über das Inhalieren von Aerosol (Dampf) kommt, beispielsweise bei E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen.

Nichtraucher (Kategorie A) (nur in Verbindung mit den Tarifen A6G und A6F):

- Nichtraucher Kategorie A ist, wer zusätzlich zu (N) bei Antragstellung Abitur, einen Techniker-, Meister- oder Fachschulabschluss und einen BMI-Wert (Body-Mass-Index) von 19-25,0 hat. Der BMI-Wert errechnet sich aus Größe und Gewicht.

Nichtraucher (Kategorie B) (nur in Verbindung mit den Tarifen A6G und A6F):

- Nichtraucher Kategorie B ist, wer zusätzlich zu (N) bei Antragstellung einen BMI-Wert (Body-Mass-Index) von 19-25,0 hat.

Ist bei einem rechnermäßigen Eintrittsalter von 15 bis 24 Jahren (N) erfüllt, so erfolgt grundsätzlich eine Einstufung als Nichtraucher (Kategorie B).

Überschussbeteiligung

Überschussanteile werden jeweils für das laufende Kalenderjahr festgesetzt. Sie sind der Höhe nach auf Dauer nicht garantiert und können sich während der Vertragsdauer ändern. Bei Erleben des Rentenbeginns (Tarife A8E, A8R) wird die Kapitalabfindung (ohne Überschüsse) zusammen mit dem etwaigen Schlussüberschuss auf Basis der dann gültigen Rechnungsgrundlagen verrechnet. Sie erhalten aber mindestens die im Versicherungsschein genannte garantierte, gleichbleibende Rente. Zusätzlich wird das verzinslich angesammelte Guthaben zusammen mit den zugeteilten Bewertungsreserven auf Basis der dann gültigen Rechnungsgrundlagen verrechnet. Die gesamte Rente wird zu den vereinbarten Zeitpunkten gezahlt. Rechnungsgrundlagen sind die verwendete Sterbetafel und der Rechnungszins. Die bei Rentenbeginn gültigen Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel und Rechnungszins) entsprechen den Rechnungsgrundlagen, die wir für eine vergleichbare Rentenversicherung mit sofort beginnender Rentenzahlung zu diesem Zeitpunkt verwenden. Die Überschussanteile in der Rentenbezugszeit werden zur dauerhaften Erhöhung der Rente verwendet. Werden Überschussanteile mit dem Beitrag verrechnet (Tarife A6F, A6G, A6GL und A10 mit laufendem Beitrag, SBU und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung), so kann sich aufgrund einer Änderung der Überschussätze der zu zahlende Gesamtbeitrag ändern.

Überzahlung

Der Gesamtbetrag der eingezahlten Beiträge kann die Versicherungssumme übersteigen.

Unfalltod-Zusatzversicherung

Leistungen aus einer evtl. mit eingeschlossenen Unfalltod-Zusatzversicherung werden erst mit Beginn des Versicherungsjahres erbracht, in dem das versicherte Kind das rechnungsmäßige Alter von 15 Jahren erreicht. Die Beiträge hierfür werden erst von diesem Zeitpunkt an erhoben.

Kapitalabfindung

Bei Versicherungen nach den Tarifen A8E und A8R kann anstelle der versicherten Rente zum vereinbarten Rentenzahlungsbeginn eine Kapitalabfindung gewährt werden, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt (Kapitaloption). Der Antrag auf Kapitalabfindung muss spätestens drei Monate vor dem vereinbarten Rentenbeginn gestellt werden.

Geburtsurkunde

Bei Tarif A9 ist das Geburtsdatum der zu versichernden Person durch Einsicht des Vermittlers in ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der zu versichernden Person nachzuweisen.

Beschwerden

Sie können sich direkt an die Direktion der VPV Lebensversicherungs-AG wenden. Wenn Sie nicht zuerst mit uns über Ihr Anliegen sprechen möchten, können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn wenden. Zudem haben Sie als Verbraucher die Möglichkeit, sich bei Beschwerden gegen uns als Ihren Versicherer an den Versicherungsombudsmann (Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel.: 0 800 / 36 96 000, Fax: 0 800 / 36 99 000, www.versicherungsombudsmann.de) zu wenden. Dort haben Sie die Möglichkeit eines kostenlosen außergerichtlichen Schlichtungsverfahrens. Der Beschwerdegegenstand darf nicht bereits vor einem Gericht, Schiedsgericht oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung anhängig sein oder entschieden oder geschlichtet worden sein. Der Ombudsmann behandelt Ihre Beschwerde erst, wenn Sie Ihren Anspruch bei uns geltend gemacht haben und uns 6 Wochen Zeit für unsere Entscheidung gegeben haben.

Erläuterung zum Bestattungs-Vorsorgevertrag

(nur gültig, wenn als Baustein zum Tarif A10/Sterbegeldversicherung gewählt)

Einwilligungserklärung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Ich willige ein, dass meine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten von den VPV Versicherungen an die Deutsche Bestattungsfürsorge GmbH & Co. KG weitergeleitet werden zur Verwaltung des Bestattungs-Vorsorgevertrages. Die Deutsche Bestattungsfürsorge GmbH & Co. KG darf diese Daten zur Beratung und Betreuung in Fragen des Bestattungs-Vorsorgevertrages nutzen. Von dieser Einwilligung wird die Weitergabe meiner Vertragsdaten an das jeweils ausführende Bestattungsunternehmen ebenfalls erfasst.

Regelungen zum Bestattungs-Vorsorgevertrag

Vertragsleistungen

Die Durchführung Ihrer Bestattung wird von der Deutschen Bestattungsfürsorge GmbH & Co. KG (im Folgenden DBF genannt) geregelt. Hiermit wird sie mit ihr kooperierendes Bestattungsdienstleistungsunternehmen beauftragen. Hierzu erteilen Sie bereits jetzt Ihre Zustimmung.

Vorsorgesumme und Vorsorgemodelle

Die Kalkulation der Vorsorgesumme beruht auf durchschnittlichen üblichen Kosten einer Bestattung und berücksichtigt die Grundleistungen des Bestattungsdienstleistungsunternehmens, sowie die individuellen Bestattungsleistungen und sonstigen Leistungen, die in den einzelnen Vorsorgemodellen vereinbart werden. Die genauen Leistungsinhalte entnehmen Sie bitte den Grundleistungen.

Die öffentlichen Gebühren, wie z. B. für Sterbeurkunden, Friedhofsgebühren, ggf. Nutzungsgebühren für Trauerfeierhallen auf Friedhöfen, sind in den Vorsorgemodellen nur in Höhe des in der Beschreibung des Vorsorgemodells jeweils ausgewiesenen Betrages als Zuschuss enthalten. Die öffentlichen Gebühren richten sich nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen. Diese Gebühren können nicht vom Bestatter beeinflusst werden und sind regional sehr unterschiedlich.

Kosten für die Bestattung nach dem Vorsorgemodell

Die DBF sichert dem Vorsorgenehmer trotz üblicherweise mit Zeitablauf steigenden Kosten zu, dass die Kosten für die Bestatterleistungen (gemäß Grundleistungen und ausgewähltem Vorsorgemodell) nicht die hierfür vorgesehene Vorsorgesumme (d. h. ohne den Gebührenanteil) überschreiten werden. Diese Preisgarantie (auf Bestatterleistungen) gewährt die DBF vom Zeitpunkt der Annahme des Bestattungs-Vorsorgeantrags durch die DBF an gerechnet für die Dauer von 20 Jahren.

Die Verrechnung der Versicherungsleistung erfolgt zunächst auf die Bestatterleistungen, sodann (entsprechend den in den einzelnen Vorsorgemodellen gewählten Maximalsummen) auf die Gebühren.

Sollten die Leistungen aus diesem Vertrag erst nach Ablauf der Garantiezeit in Anspruch genommen werden, müssen Sie damit rechnen, dass die Vorsorgesummen für die gewählten Modelle einschließlich der hierin enthaltenen Leistungen nicht mehr ausreichen können. In diesem Falle ist die DBF berechtigt, einen eventuellen Mehrpreis von Ihren Erben zu beanspruchen oder (falls solche nicht vorhanden sind oder diese den Mehrpreis ablehnen) die Leistungen anzupassen.

Leistungen aus der VPV Sterbegeldversicherung

Die VPV Sterbegeldversicherung soll zur Absicherung der Bestattungskosten nach dem von Ihnen ausgewählten Vorsorgemodell (siehe oben) dienen.

Übersteigt die Versicherungssumme die zu vergütenden Leistungen, wird die DBF diesen Betrag an Ihre Erben auszahlen. Sind die Kosten der Bestattung höher als die Versicherungsleistung, ist die DBF berechtigt, den/die Erben oder den Bestattungspflichtigen auf die Differenzzahlung in Anspruch zu nehmen; wahlweise hat die DBF die Berechtigung, die Leistungen der Versicherungssumme anzupassen.

Bitte beachten Sie, dass innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre die volle Versicherungssumme nur bei Unfalltod der versicherten Person zur Verfügung steht. Bei Tod in den ersten beiden Versicherungsjahren sind somit Zuzahlungen erforderlich, um die Bestattung im vorgesehenen Umfang durchzuführen.

Vertragsbeginn

Der Bestattungs-Vorsorgevertrag beginnt, wenn Ihnen die Annahme des Antrags schriftlich bestätigt wurde.

Kündigung

Sie können Ihren Bestattungs-Vorsorgevertrag jederzeit schriftlich kündigen. Kündigen Sie Ihren Bestattungs-Vorsorgevertrag, erlöschen die Rechte der DBF aus der VPV Sterbegeldversicherung. Bei einer Kündigung oder einem Widerruf der VPV Sterbegeldversicherung wird der Bestattungs-Vorsorgevertrag mit der DBF beendet.

Verhältnis zwischen Bestattungs-Vorsorgevertrag und VPV Sterbegeldversicherung
Bestattungs-Vorsorgevertrag und VPV Sterbegeldversicherung sind jeweils rechtlich selbstständige Verträge, deren Deckungssummen unabhängig voneinander wählbar sind und sich nicht entsprechen müssen.

Schriftform

Alle Änderungen des Bestattungs-Vorsorgevertrags einschließlich dieser Bestimmung müssen schriftlich erfolgen.

Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen

Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages unwirksam oder nichtig sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen bestehen. Die unwirksame/nichtige Regelung ist durch eine solche zu ersetzen, die dem Willen der Parteien am nächsten kommt, hilfsweise durch das Gesetz.

Deutsche Bestattungsfürsorge GmbH & Co. KG

vertreten durch die DBF **Verwaltungs GmbH**

Arndtstraße 23A, 34123 Kassel

Geschäftsführer: Dominik Krachelet

Handelsregister: HRB 15975 beim Amtsgericht Kassel



Der Vorsorgeberater seit 1827

SEPA-Lastschriftmandat

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Name, Vorname

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen zum Antrag vom

T T M M J J J J

Zahlungsempfänger

- VPV Lebensversicherungs-AG
- VPV Allgemeine Versicherungs-AG

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE96LAG00000064686
 DE85SAG00000064690

Das Mandat wird nur dem Zahlungsempfänger erteilt, mit dem ein Vertrag geschlossen wird. Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt. Der Lastschrifteinzug wird mindestens 5 Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Beitragszahler (falls nicht Versicherungsnehmer)

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Straße, Haus-Nr.	LKZ	PLZ	Wohnort
------------------	-----	-----	---------

IBAN

LKZ	Prüfz.	BLZ	Kontonummer	zusätzlich Auslands-IBAN
-----	--------	-----	-------------	--------------------------

Kreditinstitut Name	BIC
---------------------	-----

Erklärung zum Geldwäschegesetz (nur bei abweichendem Beitragszahler der VPV Lebensversicherungs-AG)

Angabe der Beziehung/ Verwandtschaftsverhältnis Kontoinhaber zu Versicherungsnehmer

- Elternteil, Großelternteil, Kind oder Enkel
- Onkel/Tante
- Lebenspartner

Sonstige (bitte konkretisieren) _____

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Identifizierung nach dem Geldwäsche-Gesetz und weitere Mitteilungspflichten

Antrag vom _____ Versicherungs-Nr., soweit bekannt _____

Antragsteller (Vertragspartner) _____

1. Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten nach dem Geldwäsche-Gesetz

- Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung und wurde von keinem Dritten hierzu beauftragt.
 oder Der Antragsteller handelt **nicht** auf eigene Veranlassung und wurde von einem Dritten hierzu beauftragt (Auftraggeber):

Name, Vorname, Firma, Verband usw. mit Adresse, Staatsangehörigkeit, Geburtsdatum (bei natürlicher Person) 1.	Anteil %
Name, Vorname, Firma, Verband usw. mit Adresse, Staatsangehörigkeit, Geburtsdatum (bei natürlicher Person) 2.	Anteil %

- Bei Direktversicherungen wird der Beitrag per Lastschrift vom Konto des Arbeitgebers eingezogen (keine weitere Angaben erforderlich)
 oder Bei Direktversicherungen wird der Beitrag von folgendem Konto des Arbeitgebers überwiesen:

IBAN

LKZ	Prüfz.	BLZ	Kontonummer	zusätzlich Auslands-IBAN

Kreditinstitut Name	BIC

2. Identifizierung des Antragstellers (Vertragspartners) nach dem Geldwäsche-Gesetz

Der Antragsteller (Vertragspartner) wird wie folgt als eine natürliche Person identifiziert:

Ausgewiesen durch ein aktuell vorgelegtes und in Kopie beigefügtes Ausweisdokument. Gültig bis: _____

3. Politisch exponierte Personen – PEP

- Bei dem Antragsteller (Vertragspartner) / Bei dem abweichenden wirtschaftlich Berechtigten / Bei dem/den Bezugsberechtigten handelt es sich um **keine** politisch exponierte Person.
 Bei dem Antragsteller (Vertragspartner) / Bei dem wirtschaftlich Berechtigten / Bei dem/den Bezugsberechtigten handelt es sich um **eine** politisch exponierte Person.
 Bei dem Antragsteller (Vertragspartner) / Bei dem wirtschaftlich Berechtigten / Bei dem/den Bezugsberechtigten handelt es sich um ein Familienmitglied oder eine bekanntermaßen nahe stehende Person einer politisch exponierten Person.

Angaben zum Amt / zur Tätigkeit:
Vor- und Nachname der Person (PEP): (Verwandtschafts-)Verhältnis zum Antragsteller (Vertragspartner) / wirtschaftlich Berechtigten / Bezugsberechtigten

4. Weitere Mitteilungspflichten

Besteht für den Antragsteller eine steuerliche Ansässigkeit außerhalb Deutschlands oder eine US-Staatsbürgerschaft oder eine US-Steuerpflicht? ja nein
 (Wenn eines der Kriterien zutrifft, bitte Formular 0.KAB.0225 einreichen)

Datum	Name, VM-Nr. des Vermittlers	Unterschrift des Vermittlers

Erläuterungen zu Ziffer 1:

Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

(wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich die natürliche Person, die den wirtschaftlichen Nutzen aus dem Vertrag zieht bzw. in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Antragsteller/Vertragspartner letztlich steht. Es kann mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben.)

- Hier muss der wirtschaftlich Berechtigte angegeben werden; d.h. ob der Antragsteller/Vertragspartner auf eigene Veranlassung oder nicht auf eigene Veranlassung, sondern im Auftrag eines Dritten handelt. Es ist das zutreffende Kästchen anzukreuzen. Handelt der Antragsteller/Vertragspartner nicht auf eigene Veranlassung, sondern im Auftrag eines Dritten, so müssen Name, Anschrift, Geburtsdatum und Staatsangehörigkeit des/der Dritten festgehalten werden.

Bei juristischen Personen (Firma, Gesellschaft, Verband, Verein etc.) ist immer zu fragen, ob und wenn ja welche Person mehr als 25 % der Stimmrechte kontrolliert oder mehr als 25 % der Kapitalanteile hält.

Im Falle von rechtsfähigen Stiftungen und Rechtsgestaltungen, mit denen treuhänderisch Vermögen verwaltet oder verteilt oder die Verwaltung oder Verteilung durch Dritte beauftragt wird ist dies jede Person, die als Treugeber handelt oder auf sonstige Weise 25 Prozent oder mehr des Vermögens kontrolliert oder die als Begünstigte von 25 Prozent oder mehr des verwalteten Vermögens bestimmt worden ist oder die auf sonstige Weise unmittelbar oder mittelbar beherrschenden Einfluss auf die Vermögensverwaltung oder Ertragsverteilung ausübt.

Handelt es sich um eine Gesellschaft, die am organisierten Markt notiert ist (börsennotierte Aktiengesellschaften bzw. Kommanditgesellschaften auf Aktien), so entfällt die Pflicht zur Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten (hier ist ggf. ein entsprechender Vermerk anzubringen).

Sofern bei Direktversicherungen der Beitrag nicht per Lastschrift vom Konto des Arbeitgebers eingezogen wird, ist das Konto des Arbeitgebers anzugeben, von dem der Beitrag überwiesen wird. (Der Geldeingang von diesem Konto wird vom Kundenberater in der VPV überwacht). Eine Identifizierung des Antragstellers/Vertragspartners ist somit nicht erforderlich.

Auch bei folgenden Fallgestaltungen, die auf eine Fremdnützigkeit schließen lassen, ist davon auszugehen, dass eine andere Person als der Antragsteller/Vertragspartner wirtschaftlich Berechtigter ist:

- unwiderrufliches Bezugsrecht,
- abweichender Bezugsberechtigter im Erlebensfall,
- Abtretungsgläubiger/Zessionar ist keine Bank,
- abweichender Beitragszahler ohne nachvollziehbare Beziehung zum Antragsteller/Vertragspartner

Erläuterungen zu Ziffer 2:

Identifizierung des Antragstellers (Vertragspartners)

Es sollte grundsätzlich immer das Lastschrifteinzugsverfahren angestrebt werden. Hierbei sind bereits im Antrag/SEPA-Lastschriftmandat Name und Anschrift sowie die Bankdaten anzugeben. Die Identifizierung des Antragstellers (Vertragspartners) ist dennoch bei jeder Antragstellung erneut vorzunehmen (Ausnahmen: Wenn bereits eine frühere Identifizierung vorgenommen wurde, welche den aktuellen Anforderungen entsprechen muss und bei Direktversicherungen – siehe Erläuterungen zu Ziffer 1). Werden mehrere Anträge **gleichzeitig** gestellt, ist **eine** Identifizierung ausreichend. Alle notwendigen Daten sind vom Abschlussvermittler zu erfassen. Diese sind je nach natürlicher oder juristischer Person unterschiedlich.

Bei einer natürlichen Person erfolgt dies durch Einsichtnahme in ein gültiges amtliches Ausweisdokument und Kopien von dessen Vorder- und Rückseite.

Bei einer juristischen Person erfolgt dies durch Einsichtnahme in ein amtliches Register/Handelsregister (ggf. Auszug daraus), durch Heranziehung der Gründungs- oder gleichwertiger beweiskräftiger Dokumente. Es sind Angaben über die Register-/Handelsregisternummer und die Namen der Mitglieder des Vertretungsorgans (z.B. Vorstand, Geschäftsführer, Gesellschafter) zu max. 5 Vertretern erforderlich (ggf. Zusatzblatt verwenden).

Erläuterungen zu Ziffer 3:

Politisch exponierte Personen – PEP

Das Geldwäschegesetz definiert politisch exponierte Personen als diejenigen natürlichen Personen,

- a) die ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt ausüben oder innerhalb des letzten Jahres ausgeübt haben
- b) und deren unmittelbare Familienmitglieder
- c) oder ihnen bekanntermaßen nahestehende Personen

zu a): Personen, die ein hochrangiges 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 politischer Parteien
- Mitglieder von obersten Gerichtshöfen oder sonstigen hohen Gerichten
- Mitglieder der Leitungsorgane von Rechnungshöfen oder von Zentralbanken
- Botschafter, Geschäftsträger und Verteidigungsattachés
- Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- und Aufsichtsorgane staats-eigener Unternehmen

Öffentliche Ämter unterhalb der nationalen Ebene gelten in der Regel nur dann als wichtig, wenn deren politische Bedeutung mit der ähnlicher Positionen auf nationaler Ebene vergleichbar ist.

zu b): unmittelbare Familienmitglieder sind:

- der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner
- die Kinder und deren Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner
- jeder Elternteil

zu c): Bekanntermaßen nahestehende Personen sind:

- jede natürliche Person, die bekanntermaßen mit einer unter a) fallenden Person gemeinsame wirtschaftliche Eigentümerin von Rechtspersonen und Rechtsvereinbarungen ist oder sonstige enge Geschäftsbeziehungen zu dieser Person unterhält
- jede natürliche Person, die alleinige wirtschaftliche Eigentümerin einer Rechtsperson oder Rechtsvereinbarung ist, die bekanntermaßen tatsächlich zum Nutzen einer in a) genannten Person errichtet wurde

In der Erklärung ist grundsätzlich eines der Kästchen anzukreuzen, wenn der Antragsteller/Vertragspartner, ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder ein Bezugsberechtigter eine natürliche Person ist.

- Handelt es sich um keine politisch exponierte Person, erfolgen neben dem angekreuzten Kästchen keine weiteren Angaben.
- Handelt es sich um eine politisch exponierte Person, sind weitere Angaben zum Amt/zur Tätigkeit zu machen (Parlaments-/Regierungsmitglied, Staatssekretär, etc.).
- Handelt es sich um ein Familienmitglied oder eine bekanntermaßen nahe stehende Person zu einer politisch exponierten Person, sind neben der Angabe zu deren Amt/zur deren Tätigkeit noch der Name der PEP und das (Verwandschafts-) Verhältnis einzutragen.

Unterschriftszeile

Das Formular ist von dem Abschlussvermittler zu unterschreiben, der die Identifizierung, die Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten und einer politisch exponierten Person vornimmt. Das Formular darf also keinesfalls von einer anderen Person ausgefüllt und unterschrieben werden – auch nicht in Vertretung.

Fehlt die Unterschrift oder fehlen die erforderlichen Angaben, muss das Formular zur Vervollständigung zurückgegeben werden. Änderungen und Ergänzungen der Daten dürfen nur mit Wissen des Antragstellers/Vertragspartners vorgenommen werden. Die Policing der Versicherung kann erst nach Eingang der fehlenden Daten erfolgen.

Versicherungsantrag vom _____ bei der VPV Lebensversicherungs-AG

Antragsteller	Geburtsdatum
zu versichernde Person	Geburtsdatum

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten/ Daten i.S.v. § 203 StGB und Schweigepflichtentbindungserklärung ¹

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die **VPV Lebensversicherungs-AG**, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Lebensversicherungsunternehmen benötigen wir 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 (siehe Punkt 3.) weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben und jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse (siehe unter 3.2.) 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 sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten
- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der VPV Lebensversicherungs-AG (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.

Hinweis:

Sofern für den Abschluss Ihres Versicherungsvertrages keine Gesundheitsdaten erforderlich sind, sind für die Bearbeitung Ihres Antrages nur die nachfolgenden Erklärungen unter Punkt 3 und 3.2 bis 3.4 maßgeblich. In diesem Fall erstrecken sich die dort abgedruckten Erklärungen inhaltlich jeweils lediglich auf eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten nach § 203 StGB.

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die VPV Lebensversicherungs-AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die VPV Lebensversicherungs-AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die VPV Lebensversicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die VPV Lebensversicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die VPV Lebensversicherungs-AG 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 VPV Lebensversicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die VPV Lebensversicherungs-AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die VPV Lebensversicherungs-AG 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 uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

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

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

Wir verpflichten 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. Wir benötigen 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 VPV Lebensversicherungs-AG 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 VPV Lebensversicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die VPV Lebensversicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der VPV Versicherungsgruppe, wie z.B. der VPV-Service GmbH oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.vpv.de/datenschutz eingesehen oder bei der VPV Lebensversicherungs-AG, Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart, Telefon: 07 11 / 13 91-60 00, Telefax: 07 11 / 13 91-60 01, E-Mail: info@vpv.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

¹ Der Text der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzbehörden aufsichtsrechtlich abgestimmt.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 uns 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 VPV Lebensversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die VPV Lebensversicherungs-AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen,

Datum

Unterschrift des Antragstellers

X

Unterschrift der zu versichernden Person, falls nicht Antragsteller (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

X

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 beratende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

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

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

Ich willige ein, dass die VPV Lebensversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen 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, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die VPV Lebensversicherungs-AG 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.

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Antragstellers

X

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person

X