

DFV-DeutschlandPfleger

DFV-Vermittler-Nummer

Vermittler-Nummer

Versicherungsnehmer

Bitte nehmen Sie die Datenschutzhinweise (siehe Buchstabe A) auf der Rückseite zur Kenntnis.

Anrede  Frau  Herr  Dr.  Prof. Titel

Vorname

Nachname

Straße Hausnr.

PLZ Ort

Geburtsdatum T T M M J J J J Versicherungsbeginn T T M M J J J J Der Versicherungsbeginn muss in der Zukunft liegen. Möglich sind nur der 01. und 15. eines Monats.

Telefon

E-Mail

**Pflichtfeld:** Die Bereitstellung Ihrer Vertragsunterlagen erfolgt elektronisch, dafür benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse.

Abweichende versicherte Person anstelle des Versicherungsnehmers

Vorname

Nachname

Geburtsdatum T T M M J J J J Geschlecht  männlich  weiblich

Weitere verpflichtende Angaben zur versicherten Person

! Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe Buchstabe B) und die Gesundheitsfrage (siehe Buchstabe C) auf der Rückseite.

Körpergewicht in kg Körpergröße in cm Der BMI-Wert muss zwischen 17 und 38 liegen (für Minderjährige zwischen 15 und 30).  **pflegepflichtversichert**  
Versicherungsfähig sind Personen, die in der GKV / PKV versichert sind und eine gesetzliche Pflegeversicherung haben.

Folgende Tarifvariante wird beantragt:

DFV-DeutschlandPfleger

Ein Abschluss ist nur möglich, wenn eine Mindestleistung (125 €) oder keine Leistung (0 €) je Pflegegrad abgesichert wird.

Pflege- monatsgeld	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Ambulant	€	€	€	€	€
Stationär	€	€	€	€	€
Einmalleistung	€	bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit durch Unfall	€	bei Ein- und je Höherstufung in einen versicherten Pflegegrad	
Monatsbeitrag	€ <input type="checkbox"/> mit Leistungsdynamik				

Beitragszahlung

IBAN D E Bankleitzahl Kontonummer

Zahlungsweise  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Vor-/Nachname abweichender Kontoinhaber

Datum Unterschrift des abweichenden Kontoinhabers

Ich willige bis auf Widerruf ein, dass mich die DFV Deutsche Familienversicherung AG zukünftig über Versicherungsangebote per Telefon und E-Mail informiert. Der Widerruf kann jederzeit formlos gegenüber der DFV Deutsche Familienversicherung AG erklärt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich

- die Datenschutzhinweise auf der Rückseite zur Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu den dort genannten Zwecken zur Kenntnis genommen zu haben und stimme diesen ausdrücklich zu. (siehe Buchstabe A).
- die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht zur Kenntnis genommen zu haben (siehe Buchstabe B).
- die Angaben zur versicherten Person wahrheitsgemäß gemacht zu haben und beantworte die Gesundheitsfrage auf der Rückseite insgesamt mit „NEIN“ (siehe Buchstabe C).
- die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates nach den Bestimmungen auf der Rückseite (siehe Buchstabe D).

Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers Unterschrift der versicherten Person, falls vom Versicherungsnehmer abweichend und volljährig

## A) Datenschutzhinweise

### 1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die DFV Deutsche Familienversicherung AG. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz -Datenschutzbeauftragter- oder per E-Mail unter: datenschutz@deutsche-familienversicherung.de

### 2. Zwecke und Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten erfolgt nur, soweit Sie zuvor darin eingewilligt haben oder es die gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) erlauben.

**Bitte beachten Sie: Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.**

Wollen Sie eine Versicherung abschließen, benötigen wir Ihre Antragsdaten (u.a. Name, Vorname, Geschlecht, Geburtstag/Alter, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Bankverbindung und ggfls. auch Angaben zum Gesundheitszustand) zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing und Vertragsverwaltung.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 a und b) DSGVO. Soweit zusätzlich besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten) erforderlich sind, erfolgt dies nur mit Ihrer Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein: zur Werbung für eigene Versicherungsprodukte und zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten.

Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten wir zudem zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen, wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sie haben das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

### 3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Im Einzelfall kann es, wie in Ziffer 3.1-3.4 beschrieben, erforderlich sein, Ihre personenbezogenen Daten (auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte Daten) an andere Stellen zu übermitteln. Diese sind vertraglich oder kraft Gesetzes auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit verpflichtet.

#### 3.1 Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, schalten wir Rückversicherungen ein, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Schadenfällen sowie der Rückversicherungsabrechnung, aber auch zur Beurteilung des Risikos oder eines Versicherungsfalles kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln. Grundsätzlich werden dabei möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch in Ausnahmefällen auch Gesundheitsangaben, verwendet.

#### 3.2 Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Wir übermitteln diese Daten an Ihren Vermittler, soweit er diese für Ihre Betreuung und Beratung benötigt. Angaben zu Ihrer Gesundheit werden von uns an selbstständige Vermittler nur weitergegeben, wenn Sie gegenüber Ihrem Vermittler zuvor darin eingewilligt haben. Nur soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann Ihr Vermittler u.a. auch nach § 203 StGB geschützte Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Versicherungsvertrag angenommen werden kann.

### 3.3 Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Hierzu zählen auch Tochtergesellschaften innerhalb des DFV-Unternehmensverbundes (z. B. DFVS Deutsche Familienversicherung Servicegesellschaft mbH) oder andere Stellen (z.B. Rechtsschutz-Schadenabwicklungsunternehmen).

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur eine vorübergehende Geschäftsbeziehung besteht, können Sie auf unserer Internetseite unter [www.deutsche-familienversicherung.de/datenschutz](http://www.deutsche-familienversicherung.de/datenschutz) einsehen.

### 3.4 Weitere Empfänger

Ihre personenbezogenen Daten können wir darüber hinaus an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Auskunft- und Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanz- und Aufsichtsbehörden, Schlichtungsstellen oder Strafverfolgungsbehörden).

### 4. Schweigepflichtentbindungserklärung

Für die Beurteilung und Prüfung des Versicherungsfalles sowie unserer Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir mit Ihrer vorab eingeholten Einwilligung Auskünfte von schweigepflichtigen Stellen wie z.B. Ärzten, Krankenhäuser oder Krankenkassen benötigen oder medizinische Gutachter einschalten müssen.

### 5. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind und keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten mehr bestehen. Es kann auch vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren).

### 6. Betroffenenrechte

Sie erhalten jederzeit auf Antrag unentgeltlich Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten. Sie können unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung, Löschung oder eingeschränkte Verarbeitung Ihrer Daten sowie die Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format verlangen.

### 7. Widerspruchsrecht

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

### 8. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an unseren Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist: Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden

### 9. Bonitätsauskunft

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

### 10. Automatisierte Einzelfallentscheidung einschließlich Profiling

Auf der Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Ihre Daten verarbeiten wir zudem teilweise automatisiert, um bestimmte persönliche Aspekte zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos im Rahmen der Vertragsanbahnung und der Bestandsauswertung anhand von mathematisch-statistisch anerkannten und bewährten Verfahren zu bewerten (Profiling).

## ! B) Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

**Sie sind verpflichtet, die Ihnen von uns vor Vertragsabschluss in Textform gestellte/n Frage/n, insbesondere die Gesundheitsfrage/n, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten, es sei denn Sie beweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegen. Dann dürfen wir den Versicherungsvertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Das Rücktrittsrecht wegen grober Fahrlässigkeit und das Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn wir den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis des nicht angezeigten Umstandes geschlossen hätten. Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir 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.**

## C) Gesundheitsfrage an die zu versichernde Person

### Hat die zu versichernde Person

eine Behinderung mit einem Grad von 50 oder mehr, jemals einen Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung gestellt, das Down-Syndrom, sind bei ihr Operationen, Reha-Maßnahmen oder stationäre Behandlungen vorgesehen oder angeraten, stehen noch Untersuchungsergebnisse aus oder besteht bei ihr eine **Schwangerschaft** oder bestand bei ihr in den letzten fünf Jahren eine der nachfolgenden Erkrankungen oder deren Folgen:

#### - Erkrankungen des Nerven-Systems, der Psyche, des Gehirns, der Netzhaut oder des Sehnervs

Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Aneurysma, Angststörung, Apallisches Syndrom, Autismus, Anpassungs- oder Belastungsstörung, Burn-Out, Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob, Demenz, Epilepsie, Erschöpfungszustand, Essstörung, Gehirnblutung, Hypochondrische Störung, Kinderlähmung, Koma, Lähmungen, Makuladegeneration, Multiple Sklerose, Netzhautablösung sowie Schädigung des Sehnervs, Neuropathie, Parkinson, Phobische Störung, Pick-Krankheit, Psychose, Neurose, Schizophrenie, Manie, Multiples Beschwerde Syndrom, Neurasthenie, neurotische Störung, Depression, Querschnittlähmung, Rückenmarkkrankheiten, Schädel-Hirn-Trauma, Schädigung oder Erkrankung des Gehirns oder des Nervensystems, Schlafapnoe, Schlaganfall, Somatisierungsstörung, Subarachnoidalblutung, Suchterkrankung (z.B. Alkoholismus, Medikamenten-, Spiel- oder Drogensucht), Wahnhafte Störung, zerebrale Durchblutungsstörungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Zwangsstörung

#### - Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Stoffwechselerkrankungen

Aortenaneurysma, Aorteninsuffizienz, arterielle Verschlusskrankheit, Bypass, Arterienverkalkung, Embolien, Hämophilie (Bluterkrankheit), Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Diabetes mellitus (Zucker), Sichelzellenanämie, Hämolytische Anämie

#### - Erkrankungen der inneren Organe oder HIV-Infektion

Asthma bronchiale, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Lunge oder Bronchien, HIV-Infektion, Immundefekte, Mukoviszidose, Organ- oder Gewebetransplantation, Sarkoidose, Lebererkrankungen, Hepatitis B oder C, Nierenerkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn

#### - Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder des Bewegungsapparates

Arm- oder Beinamputation, Morbus Bechterew, Osteoporose, Polyarthrit, rheumatische Erkrankungen, sklerotische Erkrankungen, subdurale Hämatome

#### - Tumorerkrankungen

Gutartiger Tumor des Gehirns, bösartiger Tumor, Krebserkrankung des Blut- oder Lymphsystems?

Ist die zu versichernde Person 65 Jahre oder älter, beantworten Sie noch folgende Zusatzfrage: Trägt die zu versichernde Person ein Körperersatzstück, eine Prothese, Gefäßstütze (z.B. Stent) oder einen Herzschrittmacher oder benötigt sie Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (Hilfestellung oder Hilfsmittel beim An- und Ausziehen, Essen, Gehen oder Treppensteigen, wie z. B. Gehhilfen, Unterarmstützen, Treppenlift, Rollator oder Rollstuhl)?

## D) SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die DFV Deutsche Familienversicherung AG (Gläubiger-ID: DE09ZZZ0000032690), die laufenden Versicherungsbeiträge aus dem beantragten Versicherungsvertrag unter der Mandatsreferenznummer, die der Policen-Nummer entspricht, entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise von dem angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich hiermit das Kreditinstitut an, auf das Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Die DFV Deutsche Familienversicherung AG wird mich spätestens drei Tage vor der Abbuchung über den bevorstehenden Einzug informieren.