



Der Vorsorgeberater seit 1827

Antrag auf eine VPV Freiheits-Rente Direkt

fondsgebundene Rentenversicherung als Direktversicherung der VPV Lebensversicherungs-AG

Tarif

FR * Fondsgebundene Direktversicherung mit Garantieleistung mit aufgeschobener lebenslanger Rentenzahlung, dynamischer Anpassung, Kapitalwahlrecht, flexibler Verrentung oder Verrentung mit Rentengarantiezeit

auf Wunsch mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

* Dieser Tarif kann bei Vorliegen der Voraussetzungen auch als Kollektivvertrag abgeschlossen werden.
Die Tarifbezeichnung lautet dann „FRK“.

Direktversicherung

- AG-Finanzierung
- AN-Finanzierung

Neuantrag

Eingang Hauptverwaltung	Versicherungs-Nr.
-------------------------	-------------------

Kollektivvertrags Nr.

Antragsteller (Versicherungsnehmer/ Arbeitgeber = AG)

Firma mit Firmierung	Ansprechpartner		
Straße, Haus-Nr.	Telefon		
Zustellvermerk	Telefax		
LKZ	PLZ	Wohnort	E-Mail
Branche	Anzahl Mitarbeiter		

Zu versichernde Person (Arbeitnehmer = AN)

- Frau
- Herr

Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Nationalität
Straße, Haus-Nr.	Telefon privat		
LKZ	PLZ	Wohnort	Telefon beruflich
Berufliche Tätigkeit			

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Beitragszahlung

Bitte reichen Sie das SEPA-Lastschriftmandatsformular 0.KAB.0157 mit Unterschrift des Kontoinhabers und den Antrag gemeinsam ein. Nur so können wir für Sie die Beiträge einziehen. Andernfalls gehen wir von einer Beitragszahlung per Überweisung aus.

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.
- Bei Überweisungen oder wenn der Antragsteller nicht auf eigene Veranlassung handelt, ist eine Identifizierung mit Erklärung 0.KAB.0098 erforderlich.

Gewünschter Versicherungsschutz

Tarif F R	Versicherungsbeginn 01.	Anpassungsrecht: Ich wünsche <input type="checkbox"/> keine dynamische Anpassung. (siehe Wichtige Hinweise: Anpassung)
---------------------	-----------------------------------	---

Fondsgebundene Rentenversicherung

Eintrittsalter Jahre	Rentenbeginn 01.	
Aufschubzeit Jahre	Rentenzahlungsweise	
Beitragszahlungsdauer Jahre		Beitrag lt. Zahlungsweise €

Berufsunfähigkeits- Zusatzversicherung (BUZ)

Tarif	Beitrags- befreiung	Versicherungsdauer 1) Jahre	Leistungsdauer 2) Jahre	Beitrag lt. Zahlungsweise €
Tarif	Beitrags- befreiung + Rente	BUZ-Jahresrente €	Berufsklasse	

Risikozuschlag €	Gesambt. lt. Zahlungsweise €
---------------------	---------------------------------

Bezugsberechtigung

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

Bezugsberechtigte Person(en) im Todesfall der versicherten Person <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> gesetzliche Rangfolge oder abweichend davon<input type="checkbox"/> Ehegatte/eingetragener Lebenspartner (Urkunde)<input type="checkbox"/> Kind gem. § 32 EStG Name: _____<input type="checkbox"/> Lebensgefährte (Erklärung zur Hinterbliebenenleistung) Änderung unverzüglich mitteilen!<input type="checkbox"/> Sterbegeldberechtigter (Erklärung zur Hinterbliebenenleistung)	Bezugsberechtigte Person im Erlebensfall versicherte Person
---	---

1) zugleich Beitragszahlungsdauer
2) maximale Leistungsdauer ab Versicherungsbeginn

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, Kölner Postversicherung VVaG, der Bayerischen Postversicherung, der Postversicherungskasse oder der Post-Sterbekasse?

nein ja

versicherungsnummer(n)?

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 11/1391-6001

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 zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 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 und Besondere Versicherungsbedingungen

Druckstücknummer

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

Datum

Unterschrift Antragsteller

X

Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernde Person

Für Anträge, die einen Versicherungsschutz 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; 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 und Stempel Versicherungsnehmer und Antragsteller (AG)

Unterschrift zu versichernde Person (AN)

X

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person

X

X

Bitte immer vom Vermittler zu beantworten

Welche zusätzliche Anlage zum Versicherungsantrag ist beigelegt?

Formular 0.KAB.0003 (gemäß Summengrenzen für ärztliche Untersuchung)

Formular 0.KAB.0326 (bei AG-Finanzierung)

Formular 0.KAB.B107 (bei mehr als 18.000 € BUZ-Jahresrente)

Formular 0.KAB.0325 (bei AN-Finanzierung und bei gemischter Finanzierung)

Formular 0.KAB.0098 (Geldwäsche-Gesetz)

Formular 0.KAB.0324 (Erklärung zur Hinterbliebenenleistung)

Formular 1.KAB.0099 (bei Einschluss BUZ)

gesondertes Blatt

Formular Nr. _____

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. Eine Zweitschrift des Antrags habe ich dem Antragsteller ausgehändigt.

MK

VMNR 1

TL

VMNR 2

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und die zu versichernde Person

Verwendung Ihrer Daten	<p>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/datenschutz 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.</p> <p>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.</p> <p><i>Datenverarbeitung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung</i></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.epost.de oder telefonisch: 07 11 / 13 91-60 00.</p>
Geldwäschegesetz	<p>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.</p>
Anpassung	<p>Bei dem umseitig genannten Tarif ist standardmäßig jährlich eine planmäßige Erhöhung der Beiträge um 5 %, jedoch maximal auf den gesetzlichen Höchstbeitrag gemäß § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG vorgesehen. Dementsprechend erhöhen sich bei eventuell eingeschlossener Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die Berufsunfähigkeitsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Nach Erreichung des Höchstbeitrages gemäß § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG erfolgt jährlich eine planmäßige Erhöhung der Beiträge um den jeweils aktuellen Steigerungssatz der Beitragsbemessungsgrenze zur gesetzlichen Rentenversicherung (West). Auf das Anpassungsrecht kann verzichtet werden.</p>
Überschussbeteiligung	<p>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 werden das Vertragsguthaben, der Schlussüberschuss und die zugeteilten Bewertungsreserven zur Bildung einer lebenslangen, gleichbleibenden Rente verwendet. Die Überschussanteile in der Rentenbezugszeit werden zur Erhöhung der Rente bzw. des Vertragsguthabens (in der flexiblen Rentenphase bei Wahl der flexiblen Rente) verwendet.</p>
Überzahlung	<p>Der Gesamtbetrag der eingezahlten Beiträge übersteigt die garantierte Erlebensfallleistung.</p>
Wahl der Verrentungsart	<p>Die Verrentung kann als klassische Rente mit Rentengarantiezeit oder flexible Rente erfolgen. Sie können die Verrentungsart vor Rentenbeginn ändern. Der Antrag auf Änderung der Verrentungsart muss spätestens drei Monate vor dem vereinbarten Rentenbeginn gestellt werden. Standardmäßig erfolgt die Verrentung als flexible Rente.</p>
Kapitalwahlrecht	<p>Anstelle der Rentenzahlung kann zum vereinbarten Rentenzahlungsbeginn eine Kapitalabfindung gewährt werden, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt. Der Antrag auf Kapitalabfindung muss innerhalb des letzten Jahres spätestens drei Monate vor dem Rentenbeginn gestellt werden.</p>
Garantiemanagement	<p>Das kostenfreie Garantiemanagement wird in den letzten 5 Jahren der Aufschubzeit durchgeführt. Es sorgt in der Regel für eine Erhöhung der garantierten Erlebensfallleistung. Sie können das Garantiemanagement jederzeit aus- und wieder einschließen, frühestens jedoch 3 Jahre nach dem Versicherungsbeginn.</p> <p>Bei Wahl der flexiblen Rente wird auch während der flexiblen Rentenphase ein kostenfreies Garantiemanagement durchgeführt. Dieses Garantiemanagement können Sie nicht ausschließen.</p>
Beschwerden	<p>Sie können sich direkt an die Direktion der VPV Versicherungen wenden. Wenn Sie nicht zuerst mit den VPV Versicherungen über Ihr Anliegen sprechen möchten, können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 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.</p>



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