

Plusminus60.de
Tina Voorgang
Postfach 42 02 23

65103 Wiesbaden

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

wir freuen uns über Ihr Interesse an einem Angebot von plusminus60.de.

Für den Abschluss Ihrer **Sterbegeldversicherung bei der Rheinisch-Westfälischen Sterbekasse** finden Sie die erforderlichen Unterlagen als Anlage.

Mit den Neuregelungen des Versicherungsvertragsgesetzes zum 01.01.2008 ändert sich das bisher bekannte Antragsverfahren für eine Sterbegeldversicherung.

Sie stellen mit beiliegendem Formular eine unverbindliche Angebotsanfrage. Im Anschluss daran erhalten Sie von der Versicherungsgesellschaft ein verbindliches Angebot mit ausführlichen Antragsunterlagen und einer dazugehörigen Annahmeerklärung per Post. Erst mit der von Ihnen unterschriebenen Annahmeerklärung wird Ihre Sterbegeldversicherung wirksam.

Für den Abschluss Ihrer Sterbegeldversicherung benötigen wir zunächst folgende Unterlagen:

- ausgefüllte und unterschriebene unverbindliche Angebotsanfrage („Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes“)
- ausgefüllter und unterschriebener „Beratungs- und Dokumentationsverzicht“

Bitte senden Sie die Unterlagen vollständig an

Plusminus60.de
Tina Voorgang
Postfach 42 02 23
65103 Wiesbaden

Die abschließende Risikoprüfung erfolgt bei der Rheinisch-Westfälischen-Sterbekasse. Sollte die Versicherungsgesellschaft nähere Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand benötigen, werden Sie einen vom Arzt auszufüllenden Fragebogen erhalten.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns telefonisch unter 0180 – 56 50 77 0 (14 Cent pro Minute) oder per E-Mail info@plusminus60.de.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und hoffen Sie im Kreise unserer zufriedenen Kunden begrüßen zu dürfen

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Plusminus60.de - Team

Tina Voorgang • Dornkratzstraße 6 • 65207 Wiesbaden
Postfach: 42 02 23 • 65103 Wiesbaden

Telefon: (0611) 204 79 47 • Telefax: (0611) 1 89 94 72 • E-Mail: voorgang@plusminus60.de • Web: www.plusminus60.de
Bankverbindung: Wiesbadener Volksbank • BLZ: 510 900 00 • Konto: 21 007 404 • ST-Nr. 043 878 600 79

Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Mit diesem Druckstück fordern Sie uns auf, Ihnen ein verbindliches Vertragsangebot zu unterbreiten. Sie erhalten ein individuell auf Ihren Antrag abgestimmtes Angebot in Form eines Versicherungsscheins. Diesem sind die Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV) sowie ein Annahmeformular beigelegt. Das Annahmeformular senden Sie uns bitte per Post, Telefax oder als Anhang einer eMail zu. Mit dessen Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande und der Versicherungsschein wird wirksam. Über den Zugang werden wir Sie informieren.

Bitte in Blockschrift ausfüllen.

Interne Angaben	Zugangsweg/ ZUW (nur ÖD)	Orga-Nr. 1	Orga-Nr. 2			
	<input type="checkbox"/> PV					
	<input type="checkbox"/> ÖD	Motiv	Interne Vermittler-Nr.	Sonstiges internes Kennzeichen		
	<input type="checkbox"/> GM					
Antrag stellende Person (= Versicherungsnehmer)	<input type="checkbox"/> Frau	Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel		Geburtsdatum	Geburtsort	
	<input type="checkbox"/> Herr					
	Straße, Haus-Nr.		ausgeübte Tätigkeit	Staatsangehörigkeit		
	Postleitzahl	Wohnort	Telefon*			
Zu versichernde Person (wenn abweichend von der Antragstellenden Person)	<input type="checkbox"/> Frau	Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel		Geburtsdatum	Geburtsort	
	<input type="checkbox"/> Herr					
	Straße, Haus-Nr.		ausgeübte Tätigkeit	Staatsangehörigkeit		
	Postleitzahl	Wohnort	Telefon* <i>* freiwillige Angaben</i>			
Art, Umfang der Versicherung	Versicherungsbeginn	Sterbegeldversicherung Tarif 40 mit Unfall-Zusatzversicherung UZV		(keine Gesundheitsfragen)		
	0 1 2 0	UZV (nur bei laufender Beitragszahlung für Eintrittsalter 20-74 eingeschlossen ¹)		¹ siehe Rückseite		
	Beitrag zu zahlen	<input type="checkbox"/> laufend <input type="checkbox"/> 1/12 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich	bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer		€	
		im Alter <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 85				
		oder <input type="checkbox"/> einmalig				
Leistung bei Tod	in den ersten 3 Jahren – ausgenommen Unfalltod –		Rückzahlung der eingezahlten Beiträge (unverzinst)			
	ab dem 4. Jahr oder bei Unfalltod in den ersten 3 Jahren		Versicherungssumme		€	
Leistung bei Unfalltod (wenn UZV eingeschlossen ist)	zusätzliche Auszahlung in Höhe der Versicherungssumme		(mindestens 2.000 €, maximal 8.000 €)			
Bezugsrecht	Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel		Geburtsdatum			
Einzugsermächtigung*	Die Beiträge sollen abgebucht werden:		Konto-Nr.	Bankleitzahl		
	Geldinstitut (Name und Ort)					
	Kontoinhaber (nur ausfüllen, falls nicht Antragsteller)		Zuname, Vorname			
	Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)		Unterschrift			
Angaben gemäß Geldwäschegesetz	Bitte unbedingt angeben: Der Antragsteller gibt an, er handelt:					
	<input type="checkbox"/> für eigene Rechnung	<input type="checkbox"/> für fremde Rechnung, und zwar für (Name, Anschrift)				
	Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch (auch bei Einzugsermächtigung vom eigenen Konto des Antragstellers):					
	<input type="checkbox"/> Personalausweis	<input type="checkbox"/> Reisepass				
	Nummer	gültig bis	ausstellende Behörde	Geburtsort		
Einwilligungserklärung	Die Antrag stellende Person und die zu versichernde Person geben die nachfolgend abgedruckten Einwilligungserklärungen zur Datenverarbeitung nach dem Bundesdatenschutzgesetz und zur Schweigepflichtentbindung ab.					
	Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes					
Widerrufsrecht	Sie können Ihre Annahmeerklärung bis zum Ablauf von 30 Tagen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Diese Frist beginnt aber erst, wenn Sie den Versicherungsschein und die Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV) erhalten haben. Eine Erklärung in Textform (z. B. per Brief oder Fax) ist ausreichend. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Rheinisch-Westfälische Sterbekasse, Lindenallee 74, 45127 Essen, Fax 0201-24799-99. Sofern der in diesem Antrag genannte Versicherungsbeginn vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, bin ich damit einverstanden, dass der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.					
Widerrufsfolgen	Im Falle des Widerrufs steht uns die anteilige Prämie für den Zeitraum vom Versicherungsbeginn bis zum Zugang Ihrer Widerrufserklärung bei uns zu. Eine etwaig darüber hinaus geleistete Prämie werden wir Ihnen erstatten. Wir werden Ihnen zudem den Rückkaufwert einschließlich etwaiger Überschüsse zahlen, soweit ein solcher bis zum Zugang Ihrer Widerrufserklärung entstanden sein sollte.					
Unterschriften	Ort/Datum	Antrag stellende Person (= Vers.nehmer)	Zu versichernde Person (soweit nicht Antrag stellende Person)	Vermittler		

Tarifbeschreibung Tarif 40 – Sterbegeldversicherung

(Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Für diese lebenslängliche Todesfallversicherung mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer gilt: Bei Tod der versicherten Person nach Ablauf von 3 Versicherungsjahren wird die Versicherungssumme fällig, bei Tod in den ersten 3 Jahren nach Versicherungsbeginn werden die eingezahlten Beiträge (unverzinst) zurück gezahlt. Bei Unfalltod wird stets die Versicherungssumme ausgezahlt. Aufgrund des gebotenen und in die Prämie einkalkulierten Versicherungsschutzes kann die Summe der einzuzahlenden Beiträge die garantierte Versicherungssumme übersteigen. Wird für die Beitragszahlung keine Einzugsermächtigung vereinbart, werden je Beitragsfälligkeit Kosten in Höhe von 1,23 € zusätzlich erhoben.

Tarif UZV – Unfall-Zusatzversicherung

(Sonderbedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung)

Bei Tod durch Unfall innerhalb der Beitragszahlungsdauer wird zusätzlich eine Leistung in Höhe der Versicherungssumme ausgezahlt. Die Unfall-Zusatzversicherung erlischt zugleich mit dem Aufhören der Verpflichtung zur Beitragszahlung für die Hauptversicherung (Beitragsfreistellung), spätestens aber mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 75. Lebensjahr vollendet, falls die Beitragszahlung für die Unfall-Zusatzversicherung eingestellt wird. Bei Fortzahlung des Beitrages wird auch nach Vollendung des 75. Lebensjahres Versicherungsschutz gewährt, jedoch beschränkt auf den Fall, dass der Tod als Folge eines Unfalls eingetreten ist, den der Versicherte bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels wegen eines Ereignisses erlitten hat, dem auch das Verkehrsmittel ausgesetzt war.

Dauer der Beitragszahlung Für Tarif 40 und UZV gilt: Die Beiträge sind bis zum Ende der Versicherungsperiode zu entrichten, in der der Versicherte stirbt, längstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

Beitragstabellen Auszug aus den Beitragstabellen für Eintrittsalter 20 - 75
 Monatsbeiträge für 1.000 € Sterbegeld (bei Zahlung per Lastschriftinzugsverfahren)
 Erhöhte Gesamtleistung im Todesfall ab dem 4. Versicherungsjahr durch 20 % Gewinnzuschlag*: pro 1.000 € Sterbegeld: + 200 € = 1.200,- €

Eintrittsalter	Beitragszahlung bis Alter 65				Beitragszahlung bis Alter 85				Eintrittsalter	Beitragszahlung bis Alter 65				Beitragszahlung bis Alter 85			
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer		Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer		
20	1,26	1,41	1,10	1,27	45	3,17	3,60	2,17	2,65	70			7,10	8,77			
21	1,29	1,45	1,13	1,31	46	3,35	3,80	2,24	2,75	71			7,63	9,37			
22	1,32	1,49	1,15	1,33	47	3,55	4,04	2,32	2,85	72			8,23	10,04			
23	1,37	1,53	1,18	1,37	48	3,77	4,29	2,41	2,96	73			8,93	10,80			
24	1,40	1,57	1,20	1,40	49	4,03	4,58	2,49	3,08	74			9,72	11,66			
25	1,44	1,62	1,23	1,44	50	4,31	4,90	2,59	3,21	75			10,60	12,59			
26	1,49	1,67	1,26	1,47	51	4,64	5,26	2,69	3,35								
27	1,53	1,72	1,29	1,50	52	5,01	5,68	2,80	3,49								
28	1,58	1,78	1,32	1,55	53	5,44	6,16	2,91	3,64								
29	1,63	1,84	1,36	1,59	54	5,95	6,73	3,03	3,80								
30	1,68	1,90	1,39	1,63	55	6,57	7,40	3,16	3,97								
31	1,74	1,96	1,43	1,68	56	7,32	8,22	3,30	4,15								
32	1,80	2,04	1,47	1,73	57	8,24	9,23	3,45	4,34								
33	1,87	2,10	1,50	1,78	58			3,62	4,54								
34	1,94	2,19	1,55	1,83	59			3,79	4,77								
35	2,02	2,28	1,59	1,89	60			3,97	5,00								
36	2,10	2,36	1,64	1,95	61			4,17	5,25								
37	2,18	2,47	1,68	2,01	62			4,39	5,52								
38	2,28	2,57	1,74	2,07	63			4,63	5,81								
39	2,37	2,68	1,79	2,15	64			4,89	6,13								
40	2,47	2,81	1,85	2,22	65			5,17	6,48								
41	2,59	2,94	1,90	2,29	66			5,48	6,86								
42	2,71	3,08	1,96	2,37	67			5,82	7,27								
43	2,85	3,24	2,03	2,46	68			6,21	7,72								
44	3,01	3,41	2,10	2,55	69			6,63	8,22								

Beispiel für Beitragsrechnung:

Beginnjahr der Versicherung 2009
 – Geburtsjahr eines männlichen Versicherten 1957
 Eintrittsalter 52 Jahre

Monatlicher Beitrag (bei Beitragszahlung bis Alter 85) für 1.000 € Sterbegeld (incl. UZV) 3,49 €

Bei einem Sterbegeld von z.B. 4.000 € ist diese Summe mit 4 zu multiplizieren = 13,96 €

In den Beiträgen ist die Unfall-Zusatzversicherung enthalten (bis Eintrittsalter 74). Wird die UZV nicht gewünscht, sind 0,05 € von den in der Tabelle genannten Beitragssätzen abzuziehen.

*Gewinnzuschlag nach derzeitigem Stand (1.1.2009). Der Gewinnzuschlag ist nicht garantiert; er kann höher oder niedriger ausfallen bzw. ganz entfallen. Er bleibt in dieser Höhe bestehen, solange die Überschussdeklaration der RWSt nicht geändert wird.

Wichtig Dieser Antrag mit dem entsprechenden Vertragsangebot wird Bestandteil des Versicherungsvertrags.

Allgemeine Hinweise Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Eine Durchschrift des Antrags wird mir sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt. Der Vermittler ist nicht berechtigt, Gebühren zu erheben.

Besondere Vereinbarungen sind nur mit Zustimmung der Sterbekasse wirksam.

Versicherungsträger Rheinisch Westfälische Sterbekasse Lebensversicherung Aktiengesellschaft
 Sitz: Essen, Amtsgericht: Essen HRB 14622, Lindenallee 74, 45127 Essen, Telefon: (02 01) 2 47 99-0, Telefax: (02 01) 2 47 99-99
 Vorsitzender des Aufsichtsrats: Herbert Falk · Vorstand: Jens Hasselbacher, Michael Menges

An wen können Sie sich wenden, wenn Sie etwas beanstanden möchten? Wenn Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden sind oder Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auftreten, können Sie sich jederzeit an unsere Geschäftsleitung (siehe Versicherungsträger), oder an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Postfach 1253, 53002 Bonn, Internetadresse: www.bafin.de, wenden.

Einwilligungserklärung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

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

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.) Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Diese dürfen wir im Regelfall nur verwenden, nachdem Sie hierin ausdrücklich eingewilligt haben. (Vgl. dazu Ziffer III.) Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen. Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies lässt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustandekommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

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

- a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
 - b) zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur AXA Gruppe gehörenden Unternehmen (zu denen auch die DBV Gesellschaften zählen und die im Internet unter www.axa.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
- durch andere Unternehmen/Personen (Dienstleister) innerhalb und außerhalb der AXA Gruppe, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung konzerneigener Datenbestände sowie Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag der Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen;

- zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch
 - a) den Versicherer, andere Unternehmen der AXA Gruppe und den für mich zuständigen Vermittler;
 - b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.axa.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden); soweit aufgrund von Kooperationen mit Gewerkschaften/Vereinen Vorteilsbedingungen gewährt werden, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft besteht, mit den Gewerkschaften/Vereinen einen Datenabgleich vornimmt;
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunft (z. B. Bürgel, Infocore, Creditreform, SCHUFA);
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Schweigepflichtentbindung

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

Um diese Prüfung und Bewertung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärung ab:

- a) Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.
- b) Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst worden ist, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zum Ablauf von 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
- c) Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht die unter a) genannten Personen und Institute, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren.
- d) Die Angehörigen des Versicherers und seiner Dienstleistungsgesellschaften befreie ich von ihrer Schweigepflicht insoweit, als Gesundheitsdaten an beratende Ärzte oder Gutachter weitergegeben werden.

Wir werden Gesundheitsdaten nach den Absätzen a), b) und c) nur erheben, nachdem wir Sie darauf hingewiesen haben, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Auch können Sie jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn Sie in die einzelne Erhebung jeweils eingewilligt haben. Hierdurch bleibt aber die Verpflichtung, die für Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Leistungspflichtprüfung erforderlichen Nachweise zu erbringen, unberührt. Auch muss damit gerechnet werden, dass sich unsere Prüfung, ob und in welcher Höhe wir Leistungen zu erbringen haben, verzögert.

Datenverwendung

Um die Datenverwendung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärungen ab:

- a) Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.
- b) Ich willige ferner ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (Risikoprüfung und Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing an Dienstleister), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Tina Voorgang, Postfach 42 02 23, 65103 Wiesbaden

Beratungs- und Dokumentationsverzicht

Ich,

Frau/Herr _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

wünsche eine Sterbegeldversicherung bei der Rheinisch-Westfälischen Sterbekasse.

Auf eine Beratung- und Dokumentation verzichte ich ausdrücklich.

Ich wurde von dem Vermittler darauf hingewiesen, dass sich der Verzicht auf eine Beratung und eine Dokumentation nachteilig darauf auswirken kann, gegen den Vermittler einen Schadensersatzanspruch aufgrund der Verletzung von Beratungs- und Dokumentationspflichten geltend machen zu können.

Ort

Datum

Unterschrift Kunde

Unterschrift Vermittler