

* Mit entsprechender Eintragung erkläre ich mich einverstanden, Vertragsinformationen (z.B. Rechnungen, Versicherungsscheine etc.) in elektronischer Form zu erhalten.

Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Unterschrift Kontoinhaber

Name, Straße und Hausnummer, Land, Postleitzahl und Ort

☐ monatlich (7 % Zuschlag)

* Der Mindestbetrag beträgt 15,00 EUR je Rate

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung Ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden.

5. VERSICHERTE PERSONEN: Personenangaben für den Antragsteller übernehmen?

U//DCPA/0815/06/i

6. VERSICHERUNGSUMFANG:

	Person1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Versicherungsumfang:	<input type="checkbox"/> Top-Schutz <input type="checkbox"/> Komfort-Schutz <input type="checkbox"/> Standard-Schutz	<input type="checkbox"/> Top-Schutz <input type="checkbox"/> Komfort-Schutz <input type="checkbox"/> Standard-Schutz	<input type="checkbox"/> Top-Schutz <input type="checkbox"/> Komfort-Schutz <input type="checkbox"/> Standard-Schutz	<input type="checkbox"/> Top-Schutz <input type="checkbox"/> Komfort-Schutz <input type="checkbox"/> Standard-Schutz	<input type="checkbox"/> Top-Schutz <input type="checkbox"/> Komfort-Schutz <input type="checkbox"/> Standard-Schutz
Invalidität:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Progressionsstaffel:	%	%	%	%	%
Gesamtinvalidität:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Todesfalleistung:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Krankenhaustagegeld	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Übergangsleistung:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Unfallrente:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR

7. PRÄMIENBERECHNUNG:

	Person1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Invalidität:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Todesfalleistung:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Krankenhaustagegeld	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Übergangsleistung:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Unfallrente:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Gesamtnettoprämie:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR

Nettojahresprämie 1:	=	<input type="text"/>	Versicherungssteuer *	+	<input type="text"/>
10 % Familienrabatt ab 2 Personen	-	<input type="text"/>	Bruttojahresprämie	=	<input type="text"/>
Nettojahresprämie 2:	=	<input type="text"/>	Bruttoprämie gem. Zahlweise	=	<input type="text"/>

* gesetzliche Versicherungssteuer: 19 %

8. DYNAMIK: Planmäßige Erhöhungen der/des Versicherungsleistungen/Beitrages um jährlich 5 % ☐ ja ☐ nein

9. VORVERSICHERUNGEN UND VORSCHÄDEN:

	Person1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Besteht oder bestand bereits eine Unfall-Versicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name der Gesellschaft:					
Versicherungsschein-Nr.:					
Vorversicherung besteht seit:					
Schadenzahl:					
Gesamtentschädigung:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
gekündigt durch:	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> ungekündigt	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> ungekündigt	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> ungekündigt	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> ungekündigt	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> ungekündigt
gekündigt zum:					

10. GESUNDHEITSFRAGEN

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle erlitten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, Art des Unfalls und Umfang der Verletzung sowie Behandlung					
Wurden Sie wegen einer schweren Erkrankung* in den letzten 5 Jahren ärztlich beraten, untersucht oder behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
* Schwere Erkrankungen sind Erkrankungen, die - eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen oder - eine Schwerbehinderung zur Folge haben oder - eine regelmäßige Behandlung oder Medikamenteneinnahme erforderlich machen.					
Wenn ja, Art der Erkrankung und ggfs. Grad der Ausheilung					
Ist ihr Sehvermögen um mehr als 8 Dioptrien gemindert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, tatsächliche Dioptrie:	<div><input type="text"/> links</div> <div><input type="text"/> rechts</div>	<div><input type="text"/> links</div> <div><input type="text"/> rechts</div>	<div><input type="text"/> links</div> <div><input type="text"/> rechts</div>	<div><input type="text"/> links</div> <div><input type="text"/> rechts</div>	<div><input type="text"/> links</div> <div><input type="text"/> rechts</div>

Bestätigung / Unterschrift:

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich

1. die oben gewählte Unfallversicherung beantrage
2. die **Gesundheitsfragen** wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe
3. vor der Unterzeichnung auf die **wichtigen Hinweise und Erläuterungen** auf Seite 5 des Antrages hingewiesen wurde und sie zur Kenntnis genommen habe. Sie enthalten unter anderem die Belehrung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und über das Widerrufsrecht sowie die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und die Hinweise zum Schutz Ihrer Daten und sind wichtiger Bestandteil des Versicherungsvertrages
4. die **Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung** auf der Seite 6 und 7 des Antrages zur Erhebung, Speicherung und Nutzung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten auch bei Nichtzustandekommen des Vertrages sowie zur Weitergabe allgemeiner Vertragsdaten und der Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter, an andere Stellen, Rückversicherer sowie das Hinweis und Informationssystem (HIS) zur Kenntnis genommen habe und diesen ausdrücklich zustimme
5. damit einverstanden bin, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der gesetzlichen Widerrufsfrist beginnt
6. rechtzeitig vor der Unterzeichnung dieses Antrages das **Produktinformationsblatt**, die der **beantragten Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Kundeninformationen, Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Versicherungsbedingungen** und **Klauseln** sowie das **Merkblatt zur Datenverarbeitung empfangen** habe.

Für die Punkte 1. bis 6.

Datum

Antragsteller/in bzw. Versicherte Person 1

für die Punkte 2. und 4.

Datum

Versicherte Person 2 bzw. gesetzlicher Vertreter

Versicherte Person 3 bzw. gesetzlicher Vertreter

Versicherte Person 4 bzw. gesetzlicher Vertreter

Versicherte Person 5 bzw. gesetzlicher Vertreter

Ohne die Zustimmung aller versicherten Personen ist ein Zustandekommen des Vertrages nicht möglich!

Bei fehlender/n Unterschrift/en bestätigen Sie bitte, dass Ihnen als Vermittler **jeweils** ein vom Versicherungsnehmer bzw. von den versicherten Personen unterschriebener und wirksamer Maklerauftrag, der Sie zur Abgabe der Bestätigungen unter den Ziffern 1.) bis 6) bevollmächtigt, oder ein unterschriebener Antrag vorliegt.

Ja, liegt mir vor ☐ Nein, liegt mir nicht vor ☐

Datum

Vermittler-Nr.

Unterschrift Vermittler/in

Referenz-Nr.

Hinweise zur Unfallversicherung

Vertragsinhalt:

- Antrag zur Unfallversicherung
- Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung (Stand: 01.08.2015)

Nettotarif je 1.000 EUR Versicherungssumme

	Nettobeitragsätze								
	Standard-Schutz			Komfort-Schutz			Top-Schutz		
	A	B	Kind	A	B	Kind	A	B	Kind
Invalidität	0,47	0,76	0,22	0,66	1,09	0,33	0,81	1,34	0,41
225% Progression	0,55	0,91	0,28	0,79	1,31	0,40	0,98	1,62	0,48
350% Progression	0,64	1,07	0,33	0,91	1,52	0,47	1,14	1,86	0,57
500% Progression	0,74	1,24	0,36	1,05	1,76	0,52	1,29	2,17	0,64
Todesfall	0,50	0,86	0,22	0,59	1,00	0,26	0,64	1,10	0,29
KHT je EUR 1 VS	0,55	0,91	0,28	0,66	1,09	0,33	0,72	1,17	0,36
Übergangsleistung	1,12	1,86	0,53	1,31	2,21	0,64	1,43	2,41	0,69
UV-Rente je EUR 100	7,36	14,84	6,02	8,66	17,47	7,07	9,45	19,09	7,72

	Höchstversicherungssummen in EUR					
	Erwachsene			Kinder		
	Standard-Schutz	Komfort-Schutz	Top-Schutz	Standard-Schutz	Komfort-Schutz	Top-Schutz
Invalidität	750.000	750.000	750.000	750.000	750.000	750.000
225% Progression	350.000	350.000	275.000	350.000	350.000	275.000
350% Progression	225.000	225.000	175.000	225.000	225.000	175.000
500% Progression	150.000	150.000	125.000	150.000	150.000	125.000
Todesfall	300.000	300.000	300.000	15.000	15.000	15.000
KHT je EUR 1 VS	100	100	100	50	50	50
Übergangsleistung	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
UV-Rente je EUR 100	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500

Gefahrengruppe: A = nicht körperlich tätige Personen
Gefahrengruppe: B = körperlich tätige Personen
Gefahrengruppe: K = Kinder

Eintrittsalter: K= 0-17 Jahre; A/B=18-70 Jahre,
bei Unfallrente 65 Jahre
Ab dem 75. Lebensjahr Umstellung des Vertrages
gem § 18 AUB 2015 - Standard (Fortfall
vereinbarter Progressionsstaffel)

Hinweise

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe 2 und 3) im Sinne der sozialen Pflegeversicherung. Kein Versicherungsschutz wird gewährt für Artisten, Chefstewards, Co-Piloten, Flugzeugführer, Fluglehrer, Kapitäne (nicht Binnen- und Küstenschifffahrt), Lotsen, Matrosen, Rennreiter, Rennfahrer, Schiffsfunker, Schiffsingenieure, Schiffskapitäne, Schiffssteuerleute (nicht Binnen- und Küstenschifffahrt), Schiffsköche, Schiffsmaschinenwärter, Schiffsmaschinenisten, Schiffsoffiziere (Hochseeschifffahrt), Schiffszimmerer, Seeleute, Seeschiffer, Seevermessungsingenieure, Sprengmeister, -helfer, Steiger, Stewards, Such- und Räumtruppen, Vertrags-, Berufs- oder Lizenzsportler.

Versicherer:

Rhion Versicherung AG RheinLandplatz 41460 Neuss

Bevollmächtigter Assekuradeur:

BCF8J9FG; a V< · Theodor-Heuss-Ring 49 · 24113 Kiel · Tel. (0431) 54654 -510 · Fax (0431) 54654 -500

Wichtige Hinweise und Erläuterungen

Bedeutung der Antragsfragen und Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht:

Die Bevollmächtigte vermittelt bzw. der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie die Antragsfragen richtig und vollständig beantworten. Daher haben Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen in Textform gefragt wurde, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Wird der Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, besteht die Leistungspflicht dennoch, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht rechtzeitig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umstand der Leistungspflicht ursächlich war.

Die Leistungspflicht entfällt jedoch dann, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich leicht fahrlässig verletzt haben, kann der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte nicht zurücktreten oder kündigen, weil er bzw. sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers bzw. seiner Bevollmächtigten Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Betrag um mehr als 10 % oder wird die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Bestand ausgeschlossen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung nochmals hinweisen.

4. Ausübung der Rechte

Der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte können ihre Rechte zu Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderungen nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung der Rechte haben der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützen. Zur Begründung können sie nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte können sich auf die Rechte zu Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Die Rechte zu Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 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. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: NORDVERS GmbH Theodor-Heuss-Ring 49, 24113 Kiel.

- Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz. Die bereits gezahlte Prämie erstatten wir Ihnen zurück, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Auf unser Recht, den Teil der Prämie einzubehalten, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, verzichten wir hiermit. 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.

- 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.

Vorversichereranfrage

Ich willige ein, dass der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte im erforderlichen Umfang Daten, die zur Beurteilung des Risikos erforderlich sind (z. B. Anzahl, Höhe und Zeitpunkt von Schäden vor Antragstellung), beim Vorversicherer erfragt.

Vertragsbeginn

Der Vertrag beginnt zum beantragten Versicherungsbeginn, frühestens jedoch am Folgetag des Antragseinganges bei der Bevollmächtigten bzw. dem Versicherer.

Hinweise zum Schutz Ihrer Daten

Datenschutzgrundsätze

Der Schutz Ihrer Daten ist dem Versicherer bzw. der Bevollmächtigten ein besonderes Anliegen. Hierbei wird stets auf einen sorgfältigen und dem Datenschutz entsprechenden Umgang mit Ihren Daten geachtet.

Im heutigen Zeitalter ist es unerlässlich, dass der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte ihre Aufgaben mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllt. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln. Es wird darauf geachtet, dass die EDV dem aktuellen Stand der Technik entspricht. Für die Wahrung der Datenschutz-Grundsätze sorgt stets ein Datenschutzbeauftragter.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss eines Versicherungsvertrags sowie zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigt der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlichen relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen.

Sie haben die Möglichkeit, die Verhaltensregeln im Internet abzurufen. Hierfür haben wir für Sie unter www.nordvers.com/coc ein Portal eingerichtet über das Sie direkt zu dem Versicherer / den Versicherern dieses Antrags gelangen. Ein link wird Sie dann zu den Verhaltensregeln führen.

Verantwortliche Stelle(n)

Die Erhebung Ihrer personenbezogener Daten erfolgt durch den Versicherer bzw. die Bevollmächtigte.

Ihre Rechte

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie beim Datenschutzbeauftragten geltend machen.

Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten bei Antragstellung

¹ Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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, benötigt der Versicherer sowie dessen bevollmächtigter Assekuradeur NORDVERS GmbH Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt der Versicherer ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, und - soweit erforderlich - Ihre Gesundheitsdaten an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, Assistance-Gesellschaften, Vorversicherer oder Vertriebs-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Schweigepflichtentbindungs- und Einwilligungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages beim Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten und Gesundheitsdaten

- durch den Versicherer selbst sowie dessen bevollmächtigten Assekuradeur NORDVERS GmbH (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

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.

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

Ich willige ein, dass der Versicherer sowie dessen bevollmächtigter Assekuradeur NORDVERS GmbH 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. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb des Versicherers

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, bei der es gegebenenfalls zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Versicherers oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann beim gewählten Versicherer oder bei der NORDVERS GmbH, Theodor-Heuss-Ring 49, 24114 Kiel, Tel: 0431/54 6 54 -510 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer 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 der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 den Versicherer 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 der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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 der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch den Versicherer 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 den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag oder gegebenenfalls Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende 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 der Versicherer meine sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten und Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer sowie dessen bevollmächtigter Assekuradeur NORDVERS GmbH Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass der Versicherer sowie dessen bevollmächtigter Assekuradeur NORDVERS GmbH 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.

4. Datenaustausch nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystems

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer und andere Versicherungsunternehmen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden keine gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach §203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von Ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem HIS melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

Die nachfolgenden Informationen geben Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Unfallversicherung. **Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend.** Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag zur Unfallversicherung, dem Versicherungsschein und den beigefügten Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung (Stand 01.08.2015). Lesen Sie deshalb die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Art des Versicherungsvertrages

Bei der angebotenen Versicherung handelt es sich um eine Unfallversicherung.

2. Versicherte bzw. ausgeschlossene Risiken

Versichert sind Unfälle, die Ihnen und/oder einer anderen im Antrag genannten versicherten Person zustoßen. Soweit nichts anderes vereinbart wird, gilt das grundsätzlich für den gesamten privaten und beruflichen Bereich (auch Sport- und Verkehrsunfälle), weltweit und rund um die Uhr, auch wenn Sie den Unfall selbst verschuldet haben.

Unfallbegriff

Ein Unfall liegt etwa vor, wenn Sie und/oder eine andere im Antrag genannte versicherte Person sich verletzen, weil Sie stolpern, ausrutschen, stürzen oder ähnliches, oder von anderen verletzt werden. Keine Unfälle dagegen sind Krankheiten und Abnutzungerscheinungen (z.B. Rückenleiden durch ständiges Sitzen). Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 1 des Abschnitts II B der Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung.

Leistungsarten

Die Unfallversicherung ist eine Summenversicherung, d. h. es werden Geldleistungen gezahlt.

Zwei besonders wichtige Leistungsarten sind die Invaliditätsleistung und die Unfallrente: Wenn Sie durch einen Unfall dauerhafte Beeinträchtigungen erleiden (z. B. durch Bewegungseinschränkungen, Lähmungen oder Amputationen), werden je nach Vereinbarung ein einmaliger Betrag (Invaliditätsleistung) und/oder eine Rente (Unfallrente) gezahlt. Die Höhe der Invaliditätsleistung richtet sich nach der vereinbarten Versicherungssumme und dem Grad der Beeinträchtigung. Die Unfallrente wird in schwereren Fällen gezahlt. Weitere Leistungsarten sind z. B. die Todesfallleistung sowie das Krankenhaustagegeld. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den §§ 2 bis 8 des Abschnitts II B der Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung. Weitere Vertragsinhalte (z. B. Versicherungssumme, zusätzliche Leistungen wie Kurbeihilfe) finden Sie in dem Antrag und den Abschnitten II C - H der Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung.

Sofern beantragt ist gegen Mehrprämie versichert:

Komfort-Schutz: Hier gelten u. a. Knochenbrüche oder Meniskusschäden durch erhöhte Kraftanstrengung als Unfall. Auch sind die versicherten Kosten und die Gliedertaxe im Verhältnis zum Standard-Schutz deutlich verbessert. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Abschnitt II C der Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung.

TOP-Schutz: Hier gelten u. a. Unfallschäden durch Eigenbewegung an Muskeln, Sehnen, Bänder, Knochen und Menisken mitversichert. Versichert sind auch Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch z. B. epileptische Anfälle. Darüber hinaus sind die Werte der Gliedertaxe nochmals erheblich verbessert. Die Einzelheiten sind dem Abschnitt II D der Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung zu entnehmen.

Keine Anrechnung anderer Leistungen auf eine Invaliditätsleistung

Die Leistungen aus der Unfallversicherung erhalten Sie grundsätzlich unabhängig von und zusätzlich zu anderweitigen Zahlungen, die Sie wegen des Unfalls erhalten, z. B. von der Krankenversicherung, einer gegnerischen Haftpflichtversicherung oder der gesetzlichen Unfallversicherung.

3. Prämienhöhe und -fälligkeit sowie Folgen unterbliebener bzw. verspäteter Zahlung

Bruttoprämie gemäß Zahlweise in EUR:		Prämienfälligkeit:	
Vertragslaufzeit:		Erstmals zum Versicherungsbeginn:	

Bitte bezahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins. Alle weiteren Beiträge sind jeweils zu dem oben angegebenen Termin zu zahlen. Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto. Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt haben. Auch der Versicherungsschutz beginnt erst mit dem Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von mindestens zwei Wochen zu zahlen. Nach Ablauf

dieser Zahlungsfrist entfällt Ihr Versicherungsschutz und wir können den Vertrag kündigen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den §§ 2 - 8 des Abschnitts II A der Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung.

4. Vertragliche Leistungsausschlüsse

Nicht alle denkbaren Fälle können versichert werden, denn sonst müssten wir einen erheblich höheren Beitrag verlangen. Deshalb sind einige Fälle vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind z.B. insbesondere:

- Unfälle der versicherten Person in Folge von Bewusstseinsstörungen durch Drogen
- Unfälle, die im Zusammenhang mit der Führung eines Luftfahrzeuges stehen
- Unfälle bei Reisen durch Kriegsgebiete, in denen bereits Krieg herrscht

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe entnehmen Sie bitte § 11 des Abschnitts II B der Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung.

5. Verpflichtungen bei Vertragsschluss sowie Folgen bei Verletzung dieser Pflichten

Damit Ihr Antrag ordnungsgemäß geprüft werden kann, müssen Sie die im Antragsformular enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Beachten Sie die benannten Verpflichtungen mit Sorgfalt. Ihre Nichtbeachtung kann schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Je nach Art der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Gegebenenfalls können auch die Versicherungsbeiträge angepasst werden. Unter Umständen kann sich der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte sogar vorzeitig vom Vertrag lösen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 1 des Abschnitts II A der Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung.

6. Verpflichtungen während der Vertragslaufzeit sowie Folgen bei Verletzung dieser Pflichten

Ihre Berufstätigkeit hat unmittelbaren Einfluss auf das Unfallrisiko, dem Sie ausgesetzt sind. Wir berücksichtigen sie daher auch bei der Bemessung des Versicherungsbeitrages und der Versicherungssummen. Einen Berufswechsel müssen Sie uns deshalb so bald wie möglich anzeigen, um eine Anpassung des Vertrages zu ermöglichen. Anderenfalls kann der Versicherer berechtigt sein, die Leistungen zu kürzen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 13 des Abschnitts II B der Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung.

7. Verpflichtungen bei Eintritt eines Schadens sowie Folgen bei Verletzung dieser Pflichten

Nach einem Unfall muss so schnell wie möglich ein Arzt aufgesucht und seinen Anordnungen Folge geleistet werden. Außerdem sind der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte sofort zu informieren. Todesfälle sind unverzüglich zu melden. Beachten Sie diese Verpflichtungen mit Sorgfalt. Wird diesen Verpflichtungen nicht nachgekommen, kann dies zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes führen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 14 des Abschnitts II B der Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung.

8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zum im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn die Zahlung des Beitrags rechtzeitig erfolgt. Den bei Erteilung dieses Blattes zugrunde gelegten Zeitpunkt entnehmen Sie bitte Ziffer 3 dieses Blattes. Dort finden Sie auch Hinweise auf Vertragslaufzeit und -ende. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir den Vertrag nicht spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragslaufzeit kündigen. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mehr als drei Jahren, können Sie diesen schon zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Beachten Sie auch hier, dass uns Ihre Kündigung hierbei drei Monate vor Ablauf Ihrer Vertragslaufzeit zugehen muss. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 8 des Abschnitts II A der Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung.

9. Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung

Neben den unter Ziffer 8 dieses Blattes beschriebenen Kündigungsmöglichkeiten zum Ablauf des Vertrages können Sie oder der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte den Vertrag auch vorzeitig kündigen, wenn eine Leistung erbracht wurde oder Sie Klage auf eine Leistung erhoben haben. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 16 des Abschnitts II B der Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung.