

SLP - Unfallschutz

Vertrieb:



SwissLife

- Antrag
 Antrag auf Änderung zum Vertrag Nr. _____

I. Antragsteller Herr Frau Firma

Vorname _____ Zuname _____
 Straße, Hausnummer _____
 PLZ, Wohnort _____
 Staatsangehörigkeit _____ Geburtsdatum _____ Familienstand _____
 Tel. _____ E-Mail _____

GP-Name _____
 FD-Nr. _____ GP-Nr. _____
 Versicherungsschein-Nr. _____
 Versicherungsbeginn (12 Uhr) _____ Versicherungsablauf (12 Uhr) **01.01.**

Die Versicherung wird zunächst bis zum 1. Januar des auf das erste volle Kalenderjahr folgenden Jahres, mittags 12 Uhr, abgeschlossen. Mit dem Ablauf der Vertragszeit verlängert sich der Vertrag um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf durch eine der Vertragsparteien eine schriftliche Kündigung erfolgt ist. Die Vereinbarung einer anderen, auch längeren Laufzeit ist nicht möglich.

- Primus Plus Primus

II. Zu versichernde Personen

Angaben zur Person	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4																			
Name																							
Vorname																							
Geburtsdatum																							
ausgeübte Tätigkeit / Gefahrengruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
Empfänger der Todesfallleistung																							
Versicherte Leistungen																							
Progressions- / Mehrerleistungs-Art	Steigerungsintervall Steigerungsfaktor	Person 1					Person 2					Person 3					Person 4						
		0-25	26-50	51-75	76-90	91-100	0-25	26-50	51-75	76-90	91-100	0-25	26-50	51-75	76-90	91-100	0-25	26-50	51-75	76-90	91-100		
Invaliditysumme (Grundsumme)																							
Leistung bei Vollinvalidität																							
monatliche stand-alone-Unfallrente																							
Leistung bei Unfalltod																							
Übergangsleistung																							
KHT / GG																							
Baustein Easy Care			<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> ja						<input type="checkbox"/> ja						<input type="checkbox"/> ja			
Jahresnettoprämie																							

Nachlass/Zahlungsweise/Ratenzahlungszuschlag/Dynamik Jahresnettoprämie gesamt: _____, 0

Nachlass* _____ % | = - | _____ | , 0 | Zahlungsweise 1/1 1/2 1/4 1/12 Ratenzahlungszuschlag _____ 3% 5% 8% + | _____ | , 0 Gesamtjahresnettoprämie inkl. Zu- und Abschläge _____, 0

Gesamtjahresnettoprämie _____ **Vers.-Steuer** _____ **Gesamtjahresbruttoprämie** _____
 lt. Zahlungsweise: _____, 0 lt. Zahlungsweise: _____, 0

Die Versicherung soll mit Zuwachs bzw. planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) abgeschlossen werden. Dynamisierung um jährlich (3-10%): _____ %

III. Gesundheitsfragen

Haben oder hatten Sie oder die zu versichernde(n) Person(en) schwerwiegende Erkrankungen in den letzten 5 Jahren?
 Schwerwiegende Erkrankungen sind die, die in den letzten 5 Jahren zu einer der folgenden Auswirkungen geführt haben:

Zu einer entsprechenden Invalidität bzw. einem Grad der Behinderung nach Schwerbehindertengesetz nein ja Zu einer Behandlungsdauer von mehr als 14 Kalendertagen nein ja

Zu einer dauerhaften Medikamenteneinnahme über einen Zeitraum von länger als 4 Wochen nein ja In den letzten 5 Jahren zu einem Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalt oder einer ambulanten Operation nein ja

Name der betroffenen Person, Erkrankung; Medikament (Dosierung, Name): (bitte bei Zutreffen **einer** der o.g. Punkte einen aktuellen Arztbericht beifügen)

IV. Außergewöhnliche Freizeitaktivitäten

Werden außergewöhnliche Freizeitaktivitäten ausgeübt? Wenn ja, bitte unter Angabe der betreffenden Person erläutern (ggf. auf besonderem Blatt). nein ja

V. Vorversicherung ja nein

Wenn ja, welche?
 Wurde schon einmal eine Unfallversicherung durch eine Versicherungsgesellschaft gekündigt oder abgelehnt? ja nein wenn ja, warum _____

VI. Lastschriftinzugs-Ermächtigung bis auf Widerruf ja nein

Konto-Nr. _____ BLZ _____ Geldinstitut _____ Name u. Unterschrift des Kontoinhabers (falls vom Antragsteller abweichend)

VII. Unterlagenversand per E-Mail Mit der Übersendung von Unterlagen zu meiner/n Versicherung/en per E-Mail bin ich einverstanden. Der Versand erfolgt stets ohne Verschlüsselung.

Wichtiger Hinweis: Bitte achten Sie auf vollständige und richtige Beantwortung der Fragen zu risikoerheblichen Umständen im Antrag. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die wichtigen Hinweise und Erläuterungen – insbesondere die Information zum Widerrufsrecht sowie die Datenschutz- und Einwilligungsklausel – auf der Rückseite dieses Antrags. Sie sind wichtiger Bestandteil dieses Antrags.

Empfangsbestätigung Verbraucherinformation: Die dem Vertrag zugrunde liegende Verbraucherinformation sowie die Besonderen Bedingungen habe ich erhalten.

Nr. (Kurzbezeichnung) _____ / _____ Unterschrift _____

Ort/Datum _____ Unterschrift des Vermittlers _____ Unterschrift des Antragstellers, der/des gesetzlichen Vertreter(s) _____

Bitte einreichen an S.L.P. Vertriebsservice AG per Fax: 0371 / 3828013 oder per E-Mail: antrag@slpag.de

Beachten Sie bitte die folgenden wichtigen Hinweise und Erläuterungen

1. Gesundheitszustand der zu versichernden Personen:

Die im Antrag gestellten Fragen zu erheblichen Erkrankungen und Gebrechen sind wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

Erhebliche, dauerhafte Erkrankungen und Gebrechen sind diese, die entweder bereits eine entsprechende Invalidität oder Grad der Behinderung nach Schwerbehindertengesetz mit sich bringen, zu regelmäßigen ärztlichen Kontrolluntersuchungen oder einer dauerhaften Medikamenteneinnahme führen oder in den letzten 5 Jahren zu einer Krankenhausbehandlung geführt haben. In diesen Fällen ist eine tiefgehende Risikoprüfung anhand eines aktuellen Arztberichts erforderlich. Der Arztbericht muss bei bzw. vor der Antragstellung eingereicht werden.

Ohne zusätzlichen, ärztlichen Bericht nicht versicherbar sind Personen mit folgenden Erkrankungen:

- Autismus
- Alzheimer / oder andere Formen der Demenzerkrankung
- Alkoholiker / Drogenabhängige
- Bluter
- Down Syndrom / Trisomie 21
- Depressionen (aktuell in Therapie und Medikamenteneinnahme)
- geistig behinderte Personen
- Glasknochenkrankheit
- HIV / Aids
- Multiple Sklerose
- Osteoporose
- Paget-Syndrom / Morbus Paget
- Parkinsonsche Krankheit

Leidet eine zu versichernde Person an einer dieser genannten Erkrankungen, greift der Mitwirkungsanteil bei Krankheiten oder Gebrechen generell ab 25 % Mitwirkung. Die Regelungen der Besonderen Bedingungen Primus sowie Primus Plus sind außer Kraft gesetzt.

Nicht versicherbar sind dauernd Pflegebedürftige und Geisteskranke:

Dauernd pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erheblich hilfebedürftig ist, wer bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrmals in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Besonderheit Diabetes Mellitus:

Es wird generell zur Risikoprüfung der vom Arzt ausgefüllte Diabetesfragebogen benötigt. Erst nach dessen Vorlage kann über die Annahme entschieden werden.

Bitte beachten Sie:

Es konnten nicht alle relevanten Erkrankungen aufgeführt werden. Wenn Sie Fragen zu bestimmten Erkrankungen haben, oder eine Erkrankung hier nicht mit aufgeführt wurde, sprechen Sie uns bitte an. Wir helfen Ihnen gerne weiter. Sollte eine der vorgenannten Erkrankungen zutreffen, ist ein entsprechender Probeantrag mit einem aktuellen Arztbericht zur Risikoprüfung einzureichen. Gern kann vorab auch eine entsprechende Anfrage mittels Arztbericht gehalten werden.

2. Eingruppierung in Gefahrengruppen:

Die Beiträge richten sich bei Personen ab dem 18. Lebensjahr nach der beruflichen Tätigkeit. Maßgeblich ist die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit, nicht der erlernte Beruf. Übt eine Person eine Tätigkeit nach beiden Berufsgruppen aus, wird die Berufsgruppe zugrunde gelegt, deren Anteil überwiegt.

Frauen werden unabhängig von der Art ihrer Tätigkeit in Gefahrengruppe A eingestuft. Personen nach Vollendung des 65. Lebensjahres werden unabhängig von der Art ihrer Tätigkeit in Gefahrengruppe B eingestuft. Personen, die sich in Ausbildung befinden, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Gefahrengruppe A:

- Frauen sowie
- Männer, die
- kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, erziehend, lehrend oder forschend
- im Verkauf, im Labor, in der Datenerfassung, Datenverarbeitung (EDV-Bereich) bzw. im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege tätig sind
- Hausangestellte
- Rentner / Pensionäre
- Personen, die keine berufliche Tätigkeit / Beschäftigung ausüben

Gefahrengruppe B:

- Männer, die
- körperliche, sportliche, handwerkliche (z. B. Innenausbau) Berufsarbeit verrichten (einschl. mitarbeitender Meister) oder in der Landwirtschaft tätig sind.

Nicht versicherbare Berufe:

Personen, die folgende beruflichen Tätigkeiten (auch Nebentätigkeiten) ausüben, sind nicht versicherbar:

Angehörige SEK/MEK, Artisten, Akrobaten, Bautaucher, Berufstaucher, Bergführer, Bordpersonal und Piloten von Luftfahrzeugen, Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler sowie deren Trainer und damit jegliche Sportausübung gegen Entgelt, Erzaufbereiter, Feuerwerker, Pyrotechniker, Offshore-Personal, Munitionssuch- und Räumtrupps (auch Minen u. Ä.), Rennfahrer und deren Beifahrer, Rennreiter, Skilehrer, Sprengpersonal, Stuntmen, Tiertrainer, Tierbändiger, Tierärzte, Untertagetätige

Einer Direktionsanfrage unterliegen nachfolgende Berufe:

Straßenmeister, Straßenwärter, Streckenwarte, Hochofenwerker, Hüttenfacharbeiter sowie Schausteller.

Der Versicherer behält sich vor, diese Risiken nur eingeschränkt oder gegen einen individuellen Zuschlag zu versichern.

Gefährliche Freizeitaktivitäten:

Sofern die zu versichernden Personen die folgenden Freizeitaktivitäten ausüben (auch gelegentlich), ist eine besondere Risikoprüfung erforderlich: z. B. Freeclimbing, Riverrafting, Expeditions- / Hochgebirgsbergsteigen, Buggykiting, Drachenfliegen, Fallschirmspringen.

3. Kundenbeziehung:

Sie sind Kunde des Versicherungsmaklers oder -vertreters, der diesen Antrag vermittelt hat. Er ist Ihr erster Ansprechpartner in allen, das Versicherungsverhältnis betreffenden Fragen. Des Weiteren werden Sie Kunde der S.L.P. Vertriebsservice AG, die als bestandsführende Stelle die komplette Vertragsverwaltung und -durchführung, u. a. einschließlich des Beitragseinzuges, vornimmt und an die Sie sich ebenfalls wenden können. Die VHV Allgemeine Versicherung AG ist der Versicherer, bei dem Sie versichert sind und der im Schadenfall die Leistung erbringt.

4. Vertragsgrundlagen:

Für das Versicherungsverhältnis gelten die im Versicherungsschein näher bezeichneten Allgemeinen Versicherungsbedingungen und sonstige Vereinbarungen (z. B. Besondere Bedingungen, Zusatz- und Sonderbedingungen, Klauseln, Tarifbestimmungen).

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind insbesondere die Art, der Umfang und die Fälligkeit der Versicherungsleistung sowie die vertraglich vereinbarten Kündigungsrechte und Vertragsstrafen konkret geregelt.

5. Geltungsbereich:

Die Tarife gelten für Versicherungsnehmer, die Ihren Erst-Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Die Unfall-Versicherung bietet weltweiten Versicherungsschutz im Rahmen einer 24-Stunden-Deckung.

6. Geltendes Recht, Gerichtsstände und Sprache:

Auf den Vertrag und die vorvertraglichen Beziehungen ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland anwendbar. Die jeweils geltenden Gerichtsstände sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt. Die Vertragsbedingungen und Informationen teilt der Versicherer in deutscher Sprache mit; während der Laufzeit dieses Vertrages kommuniziert der Versicherer bzw. die S.L.P. mit Ihnen in deutscher Sprache.

7. Versicherungsbeginn / -dauer:

Die Vertragsdauer beträgt grundsätzlich 1 Jahr. Bei unterjährigem Beginn der Versicherung wird diese zunächst bis zum 1. Januar des auf das erste volle Kalenderjahr folgenden Jahres, mittags 12.00 Uhr, abgeschlossen. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, wenn der erste Beitrag fristgerecht gezahlt wurde. Die Hauptfälligkeit des Vertrages ist der 1. Januar eines jeden Jahres.

Nach Ablauf dieser Zeit verlängert sich der Vertrag stillschweigend von Jahr zu Jahr, sofern der anderen Vertragspartei nicht spätestens drei Monate vor Ablauf eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

Sofern eine zeitgemäße Deckungslücke vom Ablauf des bisherigen Vertrages (24 Uhr bzw. 0.00 Uhr) und des Beginns des hier beantragten Versicherungsschutzes (12 Uhr mittags) besteht, gewährt der Versicherer für diesen Zeitraum den vertragsgemäßen Versicherungsschutz.

8. Beitrag und Zahlungsweise:

Sofern keine abweichende Angabe gemacht wurde, wird jährliche Zahlungsweise vereinbart. Bei halbjährlicher Zahlungsweise wird ein Ratenzahlungszuschlag von 3 %, bei vierteljährlicher Zahlungsweise in Höhe von 5 %, bei monatlicher Zahlungsweise in Höhe von 8 % berechnet. Monatliche Zahlungsweise ist nur bei Erteilung einer Lastschrifteinzugsermächtigung möglich. Der Mindestbeitrag pro Rate beträgt 5,01 EUR (inkl. Versicherungsteuer). Nebengebühren und Kosten werden nicht erhoben. Die VHV ist gesetzlich verpflichtet, Versicherungsteuer zu erheben. Der Steuersatz beträgt derzeit 19 %.

9. Familiennachlass:

5 % bei mindestens zwei zu versichernden Personen und wenn davon mindestens eine Person erwachsen ist.
10 % bei mindestens vier zu versichernden Personen und wenn davon mindestens zwei Personen erwachsen sind.

10. Beratung, Beschwerden:

Sollten Sie im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag, Ihrem Versicherungsschutz oder auch der Beratung und Betreuung Fragen, Wünsche oder Beschwerden haben, können Sie sich jederzeit an Ihren Betreuer und die S.L.P. Vertriebsservice AG, Niederlassung Chemnitz, Erfenschlager Straße 19, 09125 Chemnitz, Telefon (0371) 3 82 80 487, Telefax (0371) 3 82 80 13 E-Mail: unfall@slpag.de wenden.

In Beschwerdefällen steht Ihnen auch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, als zuständige Aufsichtsbehörde zur Verfügung.

Darüber hinaus ist die VHV Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel. 0800 3696000, Fax 0800 3699000, E-Mail: Beschwerde@Versicherungsombudsmann.de.

Sollten Sie im Verlauf des Vertragsverhältnisses mit einer der Entscheidungen des Versicherers nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann als neutralen Schlichter zu kontaktieren. Für die VHV als Versicherer ist dessen Entscheidung bei einem Streitwert bis zu 10.000 EUR verbindlich.

11. Nebenabreden und Deckungszusagen:

Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn diese durch Aufnahme in den Versicherungsschein oder durch Nachtrag genehmigt wurden. Deckungszusagen sind nur mit Zustimmung des Versicherers wirksam.

12. Beitragszahlung an Vermittler:

Sofern der Vermittler zum Inkasso nicht ausdrücklich ermächtigt wurde, ist er zur Annahme von Beitragszahlungen nicht berechtigt.

13. Bevollmächtigungen der S.L.P. Vertriebsservice AG:

Die S.L.P. Vertriebsservice AG ist vom Versicherer, der VHV Allgemeine Versicherung AG, beauftragt und bevollmächtigt, für ihn diesen Antrag entgegenzunehmen, zu prüfen, die Annahme oder Ablehnung dessen im Namen des Versicherers zu erklären, ggf. die Annahme mit einem Versicherungsschein zu dokumentieren, die fälligen Versicherungsprämien einschließlich Versicherungssteuer zu erheben und zu inkassieren, bei nicht fristgerechter Zahlung der Erst- oder Folgeprämie das Mahnwesen gem. § 37 und § 38 VVG zu betreiben, sowie das Versicherungsverhältnis im Namen des Versicherers zu kündigen. Bei der S.L.P. Vertriebsservice AG eingegangene Versicherungsprämien gelten mit befreiender Wirkung für den Versicherungsnehmer bzw. Beitragszahler als dem Versicherer zugegangen.

Für den Fall der Beendigung der bisherigen Risikoträgerschaft erteilt der Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer der S.L.P. Vertriebsservice AG den Auftrag und die Vollmacht, den Träger des Versicherungsschutzes zu wechseln. Hierüber muss sie den Versicherungsnehmer mindestens 3 Monate vor dem Stichtag des beabsichtigten Risikoträgerwechsels schriftlich informieren. Der der S.L.P. Vertriebsservice AG erteilte Auftrag und die Bevollmächtigung zur Eingehung eines neuen Versicherungsverhältnisses kann vom Kunden widerrufen werden bis zum Abschluss des Tages, der dem vorausgeht, an dem der neue Risikoträger den Versicherungsschutz bietet. Der S.L.P. Vertriebsservice AG wird von dem Kunden bzw. Versicherungsnehmer die Mehrfachvertretung für die Zeichnung des Versicherungsschutzes bei dem neuen Risikoträger gestattet.

SCHLUSSERKLÄRUNG

Widerrufsbelehrung

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, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung der Pflichten des Versicherers gemäß § 312 g Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

S.L.P. Vertriebsservice AG, Niederlassung Chemnitz, Erfenschlager Straße 19, 09125 Chemnitz, Telefon (0371) 3 82 80 487, Telefax (0371) 3 82 80 13, E-Mail: info@slp.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und der Versicherer erstattet Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat	x	1/360 des Jahresbeitrages bzw. 1/30 des Monatsbeitrages
---	---	---

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 ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Rechtsfolgen bei Anzeigepflichtverletzung

Verletzt der Antragsteller seine Pflicht, wahrheitsgemäße Angaben zu machen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Antragsteller die Pflicht weder vorsätzlich noch grob fah-

lässig verletzt hat. Bei fahrlässiger Verletzung kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung von einer Frist von einem Monat kündigen.

Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung und das Kündigungsrecht des Versicherers wegen fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer in Kenntnis der nicht angezeigten Umstände den Vertrag zu anderen Bedingungen bzw. zu einem höheren Beitrag geschlossen hätte. In diesem Fall werden diese Bedingungen auf Verlangen des Versicherers Vertragsbestandteil.

Erhöht sich der Beitrag um mehr als 10 % oder hat der Versicherer den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand ausgeschlossen, kann der Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos gekündigt werden.

Datenschutzklausel

Ich willige ein, dass der Versicherer sowie die S.L.P. Vertriebsservice AG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die S.L.P. Vertriebsservice AG und die Versicherer der VHV-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes Kenntnis nehmen konnte, das mir vor Vertragsabschluss (mit weiteren Verbraucherinformationen) auf Wunsch auch sofort überlassen wurde.

Besonderheit der Unfallversicherung: Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht beurteilen können. Gesundheitsfragen dürfen nur an Personen- oder Rückversicherer übermittelt werden, an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Einwilligungsklausel

Ich willige ein, dass der Versicherer zur Prüfung eines Vertragsabschlusses, bei Vertragsänderungen, bei Zahlungsverzug und bei einem Leistungsfall Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von der SCHUFA, der InFo-Score oder vergleichbaren Unternehmen einholt und nutzt (vgl. Nr. 7 im Merkblatt zur Datenverarbeitung). Ebenso willige ich ein, dass zum gleichen Zweck von der Auskunftei eine in einem Scorewert zusammengefasste Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit, die auf der Grundlage mathematisch-statistischer Daten erzeugt wird, eingeholt und genutzt wird. Zum Zweck der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses erhebt oder verwendet die S.L.P. bzw. der Versicherer Wahrscheinlichkeitswerte, in deren Berechnung unter anderem Anschriftendaten einfließen. Ich willige ferner bis auf Widerruf ein, dass der Versicherer bzw. die S.L.P. mich per Telefon oder per E-Mail auf weitere Produkte des Versicherers aufmerksam macht. – Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Außerdem ist der Versicherer verpflichtet, mir Auskunft zu geben über die zu meiner Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung.

Auskunfts berechtigung für die Unfallversicherung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand, auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle, und über frühere bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertrages überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet 5 Jahre nach Antragstellung. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie für die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Versicherer:
VHV Allgemeine Versicherung AG
VHV-Platz 1, 30177 Hannover

Sitz der Gesellschaft: Hannover,
Registergericht: Amtsgericht Hannover, HRB 57331,
Ust-IdNr.: DE 815 099 837

Vorsitzender d. Aufsichtsrates: Uwe H. Reuter,
Vorstand: Thomas Voigt (Sprecher), Dr. Per-Johan Horgby,
Jürgen A. Junker, Dietrich Werner

bestands- und vertragsführende Stelle:
S.L.P. Vertriebsservice AG
Gesellschaft für Versicherungsvermittlung,
Marketing und Vertriebslogistik
Löfflerstraße 5 a, 80999 München

Sitz der Gesellschaft: München,
Registergericht: Amtsgericht München, HRB 121246,
Ust-IdNr.: DE 202 030 144

Vorsitzender d. Aufsichtsrates: Bernhard Leutner,
Vorstand: Christian Sünderwald (Vorsitzender),
Andreas Gruschwitz, Christian Henseler