DIE DORTMUNDER
Wir versichern.

Antrag für Ihre Versicherung *RÜCK*HALT

Für Ihren Schutz gelten die Bedingungen für *RÜCK*HALT BED.DRV.0921

Versicherungsnehmer

weiblich ☐ männlich ☐ Firma ☐ Titel _____

Vorname _____

Name _____

Straße, Haus-Nr. _____ _____

PLZ, Wohnort _____ _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____ Telefon _____

Beruf _____

1. versicherte Person – bitte nur ausfüllen, wenn nicht der Versicherungsnehmer versichert werden soll

weiblich ☐ männlich ☐ Titel _____

Vorname _____

Name _____

Straße, Haus-Nr. _____ _____

PLZ, Wohnort _____ _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____ Telefon _____

Beruf _____

2. versicherte Person – versicherbar bei dem Paket „Partner“ und bei dem Paket „Planer“

weiblich ☐ männlich ☐ Titel _____

Vorname _____

Name _____

Straße, Haus-Nr. _____ _____

PLZ, Wohnort _____ _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____ Telefon _____

Beruf _____

Laufzeit von *RÜCK*HALT

Beginn Ihrer Versicherung 01. .20

Ende Ihrer Versicherung 01. .20

Tarifbezeichnung

_____ / DRV

Leistung Ihrer Versicherung *RÜCK*HALT

Anfängliche Todesfallsumme _____ Euro

☐ **Starter**
- Schutz ab Eingang Ihres Antrags
- Erhöhungsmöglichkeiten bei bestimmten Ereignissen

☐ Gleichbleibende Todesfallsumme
☐ Gleichmäßig fallende Todesfallsumme

☐ **Partner**
- Schutz ab Eingang Ihres Antrags
- Erhöhungsmöglichkeiten bei bestimmten Ereignissen

+ Erhöhungsmöglichkeit unabhängig von bestimmten Ereignissen
+ Möglichkeit zur Verlängerung
+ Vorgezogene Leistung in voller Höhe bereits zu Lebzeiten, wenn die versicherte Person an einer fortschreitenden, unheilbaren Krankheit erkrankt
+ Partner-Sicherheit

Gleichbleibende Todesfallsumme

☐ **Planer**
- Schutz ab Eingang Ihres Antrags
- Erhöhungsmöglichkeiten bei bestimmten Ereignissen
- Erhöhungsmöglichkeit unabhängig von bestimmten Ereignissen
- Möglichkeit zur Verlängerung
- Vorgezogene Leistung in voller Höhe bereits zu Lebzeiten, wenn die versicherte Person an einer fortschreitenden, unheilbaren Krankheit erkrankt
- Partner-Sicherheit

+ Zusätzliche Leistung bei Pflegebedürftigkeit oder einer dieser schweren Krankheiten:
  + Krebs inkl. Hirntumor
  + Herzinfarkt
  + Schlaganfall
  + Multiple Sklerose
  + Querschnittslähmung
  + Sehverlust
  + Hörverlust
  + Sprachverlust

Gleichbleibende Todesfallsumme

Ihre Versicherung *RÜCK*HALT kostet

Sie zahlen Ihre Beiträge ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Das kostet Ihre Versicherung *RÜCK*HALT _____ Euro.

Sie zahlen aber nur _____ Euro. Sie profitieren von der Beteiligung an den Überschüssen und Bewertungsreserven. Diese sind nicht garantiert.

Empfänger der Leistung Ihrer Versicherung *RÜCK*HALT

Im Erlebensfall

Die Leistung zahlen wir an den Versicherungsnehmer aus. Soll eine andere Person die Leistung bekommen, nennen Sie uns bitte Vornamen, Namen und Geburtsdatum:

_____ _____

Im Todesfall

Die Leistung zahlen wir an den Versicherungsnehmer aus.

Ist der Versicherungsnehmer gleichzeitig auch die versicherte Person, so gilt Folgendes:
Im Todesfall zahlen wir die Leistung an den zum Zeitpunkt des Todes in gültiger Ehe lebenden Ehepartner oder an den eingetragenen Lebenspartner aus.

Soll eine andere Person die Leistung bekommen, nennen Sie uns bitte Vornamen, Namen und Geburtsdatum:

_____ _____

Bitten beachten Sie Folgendes:

Wenn Sie sich für das Paket „Partner“ oder das Paket „Planer“ entschieden haben, gilt für die Benennung des Empfängers der Leistungen Folgendes:
- Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person Ihrer Versicherung *RÜCK*HALT sind, können Sie als Empfänger der Leistungen nur die versicherte Person benennen oder einen Angehörigen der versicherten Person.
- Haben Sie eine zweite Person mitversichert, können Sie als Empfänger der Leistungen nur eine Person benennen, welche ein Angehöriger beider versicherter Personen ist.

Sollte der Empfänger der Leistungen die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Benennung unwirksam sein.

Nähere Informationen hierzu und eine Auflistung der Personen, die zu den Angehörigen der versicherten Person gehören, finden Sie unter 12.1 der Bedingungen für Ihre Versicherung *RÜCK*HALT (BED.DRV.0921).

☐ Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem abweichend benannten Empfänger der Leistungen um einen Angehörigen der versicherten Person/en, wie in 12.1 der Bedingungen beschrieben, handelt.

Erhöhung der Leistung aus Ihrer Versicherung *RÜCK*HALT

Mit dieser Erhöhung können Sie steigende Lebenshaltungskosten ausgleichen.

Nicht bei gleichmäßig fallender Todesfallsumme auswählbar.

Solange Sie Beiträge zahlen

Ihre Absicherung bei *RÜCK*HALT erhöht sich jährlich automatisch nach dem Verbraucherpreisindex, mindestens um 3 %. Dadurch steigt auch Ihr Beitrag.

☐ Ich wünsche keine jährliche Erhöhung.

Identifizierung/Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

Bei natürlichen Personen reichen Sie uns bitte eine vollständige Kopie des gültigen Personalausweises/Reisepasses des Antragstellers und ggf. des abweichenden wirtschaftlich Berechtigten ein.

Bei juristischen Personen und Personengesellschaften reichen Sie uns bitte einen aktuellen Registerauszug des Antragstellers und das Zusatzblatt wB (wirtschaftlich Berechtigter) ein.

Der Antragsteller (Versicherungsnehmer) ist nicht der wirtschaftlich Berechtigte; er handelt auf Veranlassung von:

Vor- und Zuname _____

Firma, Anschrift _____

Politisch exponierte Personen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Üben oder übten der Versicherungsnehmer, der Bezugsberechtigte, ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter des Vertrags, ein jeweiliges Familienmitglied oder eine bekanntermaßen nahestehende Person ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt im Ausland oder für einen ausländischen Staat im Inland aus? ☐ ja

Falls ja, bitte die politische Funktion und für den betroffenen Bezugsberechtigten oder wirtschaftlich Berechtigten auch Namen und Anschrift angeben:

_____

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Kreditinstituts _____

IBAN DE ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

Sind Sie als Kontoinhaber nicht der Versicherungsnehmer? Dann nennen Sie uns bitte den Kontoinhaber:

weiblich ☐ männlich ☐ Titel _____

Vorname _____

Name _____

Straße, Haus-Nr. _____ _____

PLZ, Wohnort _____ _____

Unterschrift SEPA-Lastschriftmandat für das Konto des Beitragszahlers bis auf Widerruf

Ich ermächtige die Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 62ZZZ00002026347, Zahlungen von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Dortmunder Lebensversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Dortmunder Lebensversicherung AG, falls erforderlich, spätestens 5 Kalendertage vor dem SEPA-Lastschrifteinzug hierüber eine Information an mich versendet. Wichtig: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ ✘ _____

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Besondere Vereinbarungen

_____

Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht
Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch
zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Sie haben einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.
Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.
Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur 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.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Vereinfachte Gesundheitsprüfung

Wichtige Fragen an die 1. versicherte Person – für Immobilienkäufer, Familiengründer und zur Praxis- oder Kanzleifinanzierung

Die in den Bedingungen beschriebenen Regelungen unter der Überschrift „Wann können Sie Ihren Schutz ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit erhöhen?“ gelten nicht.

Die vereinfachten Fragen zu Ihrer Gesundheit gelten bei Immobilienkauf, Familiengründung und zur Praxis- oder Kanzleifinanzierung unter folgenden Voraussetzungen:

- Bei Beantragung des Pakets „Starter“ oder „Partner“
- Die versicherte Person ist maximal 45 Jahre alt
- Die Todesfallsumme beträgt maximal 400.000 Euro
  Es werden dabei alle bei Die Dortmunder bestehenden Todesfallabsicherungen berücksichtigt

Bei Immobilienkauf:
- Die selbstgenutzte Immobilie wurde von der versicherten Person in den letzten 6 Monaten erworben
- Die Todesfallsumme darf maximal dem Darlehensbetrag entsprechen
  Es sind uns entsprechende Nachweise, wie zum Beispiel Kauf- und Darlehensvertrag, einzureichen.

Bei Familiengründung:
- Die versicherte Person ist in den letzten 6 Monaten Mutter oder Vater geworden oder hat ein Kind adoptiert
  Es sind uns entsprechende Nachweise, wie zum Beispiel die Geburts-/Adoptionsurkunde des Kindes, einzureichen.

Bei Praxis- oder Kanzleifinanzierung:
- Die versicherte Person hat in den letzten 6 Monaten ein Darlehen zur Gründung einer eigenen medizinischen Praxis/Anwalts-, Wirtschaftsprüfer- oder Steuerberaterkanzlei oder zur Beteiligung an einer solchen Praxis/Kanzlei aufgenommen
  Es sind uns entsprechende Nachweise, wie zum Beispiel der Darlehensvertrag, einzureichen.

Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig, sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz und erhalten unter Umständen keine Leistung. Bei nicht wahrheitsgemäßen oder nicht vollständigen Angaben können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen – je nach Verschulden. Beachten Sie hierzu bitte die **„Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“**. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, können Sie uns gerne auch direkt mitteilen: Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund; Fax: 0231/22950-495.

Allgemeine Fragen

Ihr aktueller Beruf _____

Ihre Größe _____ cm Ihr aktuelles Gewicht _____ kg

Ihr Rauchverhalten
- ☐ Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren
- ☐ Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten
- ☐ Raucher von zum Beispiel Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, oder Dampfer von zum Beispiel E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas

Haben Sie Hobbys, bei denen die Gefahr von Unfällen oder Verletzungen erhöht ist? ☐ Nein ☐ Ja
Hierzu gehören zum Beispiel Kampfsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport oder Extremsport.

Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte Ihre Hobbys:

_____

Zu einigen Hobbys gibt es Fragebögen. Trifft das auf Ihr Hobby zu, füllen Sie bitte mit Ihrem Vermittler den entsprechenden Fragebogen aus.

Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Wurde Ihnen in den **vergangenen 12 Monaten** für einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen ein Medikament verschrieben bzw. haben Sie über einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen ein Medikament eingenommen oder nehmen Sie aktuell ein Medikament ein? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte die Medikamente, die Dosierung, den Einnahmezeitraum und den Grund der Einnahme:

   _____

   Nicht angeben müssen Sie Verhütungs-, Schilddrüsen-, Heuschnupfen- oder Erkältungsmittel.

2. Befanden Sie sich in den **vergangenen 5 Jahren** in einer stationären Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, machen Sie bitte nähere Angaben:

   _____

   Nicht angeben müssen Sie Entbindungen oder grippale Infekte.

Normale Gesundheitsprüfung

Wichtige Fragen an die 1. versicherte Person

Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig, sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz und erhalten unter Umständen keine Leistung. Bei nicht wahrheitsgemäßen oder nicht vollständigen Angaben können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen – je nach Verschulden. Beachten Sie hierzu bitte die **„Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“**. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, können Sie uns gerne auch direkt mitteilen: Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund; Fax: 0231/22950-495.

Allgemeine Fragen

Ihr aktueller Beruf _____

Ihre Größe _____ cm Ihr aktuelles Gewicht _____ kg

Ihr Rauchverhalten

☐ Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren
☐ Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten
☐ Raucher von zum Beispiel Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, oder Dampfer von zum Beispiel E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas

Haben Sie Hobbys, bei denen die Gefahr von Unfällen oder Verletzungen erhöht ist? ☐ Nein ☐ Ja
Hierzu gehören zum Beispiel Kampfsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport oder Extremsport.
Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte Ihre Hobbys:

_____

Zu einigen Hobbys gibt es Fragebögen. Trifft das auf Ihr Hobby zu, füllen Sie bitte mit Ihrem Vermittler den entsprechenden Fragebogen aus.

Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Wurde Ihnen in den **vergangenen 12 Monaten** für einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen ein Medikament verschrieben bzw. haben Sie über einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen ein Medikament eingenommen oder nehmen Sie aktuell ein Medikament ein? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte die Medikamente, die Dosierung, den Einnahmezeitraum und den Grund der Einnahme:

   _____

   Nicht angeben müssen Sie Verhütungs-, Schilddrüsen-, Heuschnupfen- oder Erkältungsmittel.

2. Wurden bei Ihnen in den **vergangenen 12 Monaten** behandlungsbedürftige oder kontrollbedürftige Befunde festgestellt oder stehen noch Befunde von bereits durchgeführten Untersuchungen aus? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte den behandelnden Arzt, den Grund und gegebenenfalls den Befund:

   _____

   Nicht angeben müssen Sie Zahnarztbehandlungen, Schwangerschaftsuntersuchungen oder Untersuchungen wegen Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse, Allergien, Erkältungskrankheiten oder grippale Infekte.

3. Wurden Sie in den **vergangenen 3 Jahren** wegen der gleichen Erkrankung **mindestens zweimal innerhalb von 12 Monaten** beraten, behandelt oder untersucht? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte den behandelnden Arzt, den Grund und gegebenenfalls den Befund:

   _____

   Anzugeben sind auch jegliche Behandlungen oder Beratungen wegen des Konsums von Alkohol oder Drogen.
   Nicht angeben müssen Sie Zahnarztbehandlungen, Untersuchungen wegen Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse, Heuschnupfen, Erkältungskrankheiten oder grippale Infekte. Schwangerschaften sind keine Erkrankungen und nicht anzugeben.

4. **Bestehen** oder **bestanden** bei Ihnen in den **vergangenen 3 Jahren** chronische Erkrankungen oder besteht bei Ihnen eine HIV-Infektion oder eine Hepatitis-Infektion? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte den behandelnden Arzt und den Befund:

   _____

5. Befanden Sie sich in den **vergangenen 5 Jahren** in einer stationären Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, machen Sie bitte nähere Angaben:

   _____

   Nicht angeben müssen Sie Entbindungen oder grippale Infekte.

Es soll eine Todesfallabsicherung von mehr als 500.000 Euro vereinbart werden? Dann beantworten Sie bitte zusätzlich diese Frage:

Aus welchem Grund beantragen Sie die Versicherung *RÜCK*HALT?

_____

Vereinfachte Gesundheitsprüfung

Wichtige Fragen an die 2. versicherte Person – für Immobilienkäufer, Familiengründer und zur Praxis- oder Kanzleifinanzierung

Die in den Bedingungen beschriebenen Regelungen unter der Überschrift „Wann können Sie Ihren Schutz ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit erhöhen?“ gelten nicht.

Die vereinfachten Fragen zu Ihrer Gesundheit gelten bei Immobilienkauf, Familiengründung und zur Praxis- oder Kanzleifinanzierung unter folgenden Voraussetzungen:

- Bei Beantragung des Pakets „Starter“ oder „Partner“
- Die versicherte Person ist maximal 45 Jahre alt
- Die Todesfallsumme beträgt maximal 400.000 Euro
  Es werden dabei alle bei Die Dortmunder bestehenden Todesfallabsicherungen berücksichtigt

Bei Immobilienkauf:
- Die selbstgenutzte Immobilie wurde von der versicherten Person in den letzten 6 Monaten erworben
- Die Todesfallsumme darf maximal dem Darlehensbetrag entsprechen
  Es sind uns entsprechende Nachweise, wie zum Beispiel Kauf- und Darlehensvertrag, einzureichen.

Bei Familiengründung:
- Die versicherte Person ist in den letzten 6 Monaten Mutter oder Vater geworden oder hat ein Kind adoptiert
  Es sind uns entsprechende Nachweise, wie zum Beispiel die Geburts-/Adoptionsurkunde des Kindes, einzureichen.

Bei Praxis- oder Kanzleifinanzierung:
- Die versicherte Person hat in den letzten 6 Monaten ein Darlehen zur Gründung einer eigenen medizinischen Praxis/Anwalts-, Wirtschaftsprüfer- oder Steuerberaterkanzlei oder zur Beteiligung an einer solchen Praxis/Kanzlei aufgenommen
  Es sind uns entsprechende Nachweise, wie zum Beispiel der Darlehensvertrag, einzureichen.

Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig, sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz und erhalten unter Umständen keine Leistung. Bei nicht wahrheitsgemäßen oder nicht vollständigen Angaben können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen – je nach Verschulden. Beachten Sie hierzu bitte die **„Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“**. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, können Sie uns gerne auch direkt mitteilen: Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund; Fax: 0231/22950-495.

Allgemeine Fragen

Ihr aktueller Beruf _____

Ihre Größe _____ cm Ihr aktuelles Gewicht _____ kg

Ihr Rauchverhalten
- ☐ Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren
- ☐ Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten
- ☐ Raucher von zum Beispiel Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, oder Dampfer von zum Beispiel E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas

Haben Sie Hobbys, bei denen die Gefahr von Unfällen oder Verletzungen erhöht ist? ☐ Nein ☐ Ja
Hierzu gehören zum Beispiel Kampfsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport oder Extremsport.

Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte Ihre Hobbys:

_____

Zu einigen Hobbys gibt es Fragebögen. Trifft das auf Ihr Hobby zu, füllen Sie bitte mit Ihrem Vermittler den entsprechenden Fragebogen aus.

Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Wurde Ihnen in den **vergangenen 12 Monaten** für einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen ein Medikament verschrieben bzw. haben Sie über einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen ein Medikament eingenommen oder nehmen Sie aktuell ein Medikament ein? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte die Medikamente, die Dosierung, den Einnahmezeitraum und den Grund der Einnahme:

   _____

   Nicht angeben müssen Sie Verhütungs-, Schilddrüsen-, Heuschnupfen- oder Erkältungsmittel.

2. Befanden Sie sich in den **vergangenen 5 Jahren** in einer stationären Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, machen Sie bitte nähere Angaben:

   _____

   Nicht angeben müssen Sie Entbindungen oder grippale Infekte.

Normale Gesundheitsprüfung

Wichtige Fragen an die 2. versicherte Person

Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig, sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz und erhalten unter Umständen keine Leistung. Bei nicht wahrheitsgemäßen oder nicht vollständigen Angaben können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen – je nach Verschulden. Beachten Sie hierzu bitte die **„Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“**. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, können Sie uns gerne auch direkt mitteilen: Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund; Fax: 0231/22950-495.

Allgemeine Fragen

Ihr aktueller Beruf _____

Ihre Größe _____ cm Ihr aktuelles Gewicht _____ kg

Ihr Rauchverhalten

☐ Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren
☐ Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten
☐ Raucher von zum Beispiel Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, oder Dampfer von zum Beispiel E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas

Haben Sie Hobbys, bei denen die Gefahr von Unfällen oder Verletzungen erhöht ist? ☐ Nein ☐ Ja
Hierzu gehören zum Beispiel Kampfsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport oder Extremsport.

Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte Ihre Hobbys:

_____

Zu einigen Hobbys gibt es Fragebögen. Trifft das auf Ihr Hobby zu, füllen Sie bitte mit Ihrem Vermittler den entsprechenden Fragebogen aus.

Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Wurde Ihnen in den **vergangenen 12 Monaten** für einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen ein Medikament verschrieben bzw. haben Sie über einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen ein Medikament eingenommen oder nehmen Sie aktuell ein Medikament ein? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte die Medikamente, die Dosierung, den Einnahmezeitraum und den Grund der Einnahme:

   _____

   Nicht angeben müssen Sie Verhütungs-, Schilddrüsen-, Heuschnupfen- oder Erkältungsmittel.

2. Wurden bei Ihnen in den **vergangenen 12 Monaten** behandlungsbedürftige oder kontrollbedürftige Befunde festgestellt oder stehen noch Befunde von bereits durchgeführten Untersuchungen aus? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte den behandelnden Arzt, den Grund und gegebenenfalls den Befund:

   _____

   Nicht angeben müssen Sie Zahnarztbehandlungen, Schwangerschaftsuntersuchungen oder Untersuchungen wegen Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse, Allergien, Erkältungskrankheiten oder grippale Infekte.

3. Wurden Sie in den **vergangenen 3 Jahren** wegen der gleichen Erkrankung **mindestens zweimal innerhalb von 12 Monaten** beraten, behandelt oder untersucht? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte den behandelnden Arzt, den Grund und gegebenenfalls den Befund:

   _____

   Anzugeben sind auch jegliche Behandlungen oder Beratungen wegen des Konsums von Alkohol oder Drogen.
   Nicht angeben müssen Sie Zahnarztbehandlungen, Untersuchungen wegen Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse, Heuschnupfen, Erkältungskrankheiten oder grippale Infekte. Schwangerschaften sind keine Erkrankungen und nicht anzugeben.

4. **Bestehen** oder **bestanden** bei Ihnen in den **vergangenen 3 Jahren** chronische Erkrankungen oder besteht bei Ihnen eine HIV-Infektion oder eine Hepatitis-Infektion? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, nennen Sie uns bitte den behandelnden Arzt und den Befund:

   _____

5. Befanden Sie sich in den **vergangenen 5 Jahren** in einer stationären Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

   Falls „Ja“, machen Sie bitte nähere Angaben:

   _____

   Nicht angeben müssen Sie Entbindungen oder grippale Infekte.

Genetische Untersuchungen – Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ob wir Ihnen Schutz anbieten, ist nicht abhängig von genetischen Untersuchungen oder Analysen. Wir dürfen keine Ergebnisse oder Daten aus bereits erfolgten genetischen Untersuchungen annehmen oder verwenden. Dies ist in § 18 Abs. 1 Nr. 2 GenDG geregelt.

Vorläufiger Schutz bei *RÜCK*HALT

Wenn Ihr Antrag bei uns eingeht, haben die versicherten Personen vorläufigen Schutz. Alle Informationen hierzu stehen in den Bedingungen für *RÜCK*HALT BED.DRV.0921.

Wichtig:

Damit der vorläufige Schutz gilt, müssen unter anderem diese Punkte erfüllt sein:
– Der Beginn der Versicherung darf maximal 2 Monate in der Zukunft liegen und
– wir dürfen die Beiträge von Ihrem Konto abbuchen.
Alle Voraussetzungen sind in den Bedingungen für *RÜCK*HALT beschrieben.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform widerrufen. Textform heißt zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail. Die Frist beginnt, nachdem Sie folgende Unterlagen jeweils in Textform erhalten haben:
– den Versicherungsschein,
– die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen,
– die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und
– diese Belehrung.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
Dortmunder Lebensversicherung AG
Südwall 37 - 41
44137 Dortmund

Bei einem Widerruf per E-Mail richten Sie den Widerruf bitte an folgende E-Mail-Adresse: kundendienst@die-dortmunder.de.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231/22950-574.

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz. Wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich um den unter Ziffer 3 in den weiteren Kundeninformationen 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, wie zum Beispiel 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.

Ende der Widerrufsbelehrung

Unterschrift – Ihre Bestätigung, dass Sie alle Unterlagen erhalten haben

Ich bestätige, dass ich folgende Unterlagen in Textform, das heißt schriftlich oder in anderer lesbarer Form, erhalten habe, bevor ich diesen Antrag unterschrieben habe:
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der Bedingungen für *RÜCK*HALT,
- die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung; hierzu gehören das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, die weiteren Kundeninformationen sowie die allgemeinen Steuerhinweise.

Die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht" kenne ich. Sie wurden mir ausgehändigt.

Ort, Datum	✘ Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschriften des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen

Bitte lesen Sie den gesamten Antrag sorgfältig durch. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie ihn zum Inhalt Ihrer Erklärung. Nehmen Sie die mit diesem Antrag ausgehändigten Vertragsinformationen zu Ihren Unterlagen.

Ich bestätige, dass ich alle Unterschriften eigenhändig leiste. Dies gilt auch, wenn ich elektronisch, zum Beispiel auf einem Tablet oder Mobiltelefon, unterschreibe. Ich weiß, dass ich die Unterschriften auch auf einem Papierantrag hätte machen können.

Ich erhalte nach meiner Unterschrift eine Kopie des Antrags.

Ort, Datum	✘ Unterschrift des Versicherungsnehmers
Ort, Datum	✘ Unterschrift der 1. versicherten Person, wenn diese nicht Versicherungsnehmer ist
Ort, Datum	✘ Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter/s, wenn Minderjährige versichert werden
Ort, Datum	✘ Unterschrift der 2. versicherten Person
Ort, Datum	✘ Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter/s, wenn Minderjährige mitversichert werden.

Wichtig:
Bitte beachten Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht" auf den folgenden Seiten. Hier wählen Sie bitte aus, wie wir Daten zu Ihrer Gesundheit von Dritten abfragen dürfen. Sie müssen dies gesondert und zusätzlich unterschreiben.
Bitte beachten Sie darüber hinaus die beigefügten Datenschutzhinweise.

Unterschrift des Vermittlers

Diesen Antrag auf *RÜCK*HALT habe ich aufgenommen. Ich bestätige, dass mir das Ausweisdokument des Antragstellers im Original vorgelegen hat. Die angefertigte Kopie dieses Dokuments stimmt mit dem Original überein.

Ich bestätige, dass der Kunde dem Zielmarkt angehört.

☐ Abweichend: Der Kunde gehört **nicht** dem Zielmarkt an. Der Kunde äußerte ausdrücklich den Wunsch, dass der Vertrag trotzdem abgeschlossen wird. Dieser Wunsch wurde im Beratungsprotokoll dokumentiert.

Ort, Datum	✘ Unterschrift des Vermittlers

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

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 Dortmunder Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung 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 (z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister oder an unsere Rückversicherer) weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse 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 sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten
– durch uns selbst (unter 1.),
– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (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.

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

Ich willige ein, dass die Dortmunder Lebensversicherung 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 Strafgesetzbuch 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 Dortmunder Lebensversicherung 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 Dortmunder Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Dortmunder Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Dortmunder Lebensversicherung 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 Dortmunder Lebensversicherung 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 Dortmunder Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Dortmunder Lebensversicherung 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 Dortmunder Lebensversicherung 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. Bitte bestätigen Sie mit einem Kreuz die folgende Erklärung für den Fall Ihres Todes:

☐ 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 unseres Unternehmens

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 Dortmunder Lebensversicherung 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 Dortmunder Lebensversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Dortmunder Lebensversicherung 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 oder die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, in Einzelfällen nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung 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. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.die-dortmunder.de eingesehen oder bei der Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund bzw. unter info@die-dortmunder.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Dortmunder Lebensversicherung 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 Dortmunder Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Dortmunder Lebensversicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen können, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag den Rückversicherern 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 Rückversicherer uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen. Haben Rückversicherer 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 Rückversicherer 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 Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Dortmunder Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, 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 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 die Dortmunder Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten 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.

3.5. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an ein anderes Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns

Sofern Sie bei Ihrem Plan D die Option „Der Schichtwechsel“ vereinbart haben, können Sie Ihren Plan D in eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln. Vertragspartner für die Berufsunfähigkeitsversicherung ist die Dortmunder Lebensversicherung AG. Wenn diese keinen geeigneten Tarif anbietet, kann auch ein anderes Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns Vertragspartner sein. Sofern ein anderes Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns Vertragspartner wird, benötigt dieses zur Durchführung des Vertrages Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Dortmunder Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten an ein anderes Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns übermittelt, sofern dieses Unternehmen Vertragspartner wird. Ich willige außerdem ein, dass dieses Unternehmen meine Daten dann erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung erforderlich ist. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Dortmunder Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Dortmunder Lebensversicherung 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.

Ort/Datum _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers ✘ _____

Unterschrift der 1. versicherten Person, wenn diese nicht der Versicherungsnehmer ist ✘ _____

Unterschrift der 1. versicherten Person, wenn diese minderjährig ist (mindestens 16 Jahre) ✘ _____

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn Minderjährige versichert werden ✘ _____

Unterschrift der 2. versicherten Person ✘ _____

Unterschrift der 2. versicherten Person, wenn diese minderjährig ist (mindestens 16 Jahre) ✘ _____

Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter/s, wenn Minderjährige mitversichert werden. ✘ _____

Dienstleisterliste der Dortmunder Lebensversicherung AG

Folgende Gesellschaften der VOLKSWOHL BUND Versicherungen nehmen an einer gemeinsamen Verarbeitung der Stammdaten teil. Stammdaten sind zum Beispiel Name, Adresse, Geburtsdatum etc.:

Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund prokundo GmbH, Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund

Die Dortmunder Lebensversicherung AG hat folgenden anderen Stellen (Unternehmen und Personen) Aufgaben übertragen, die Datenverarbeitung als Hauptgegenstand haben und bei denen von der Schweigepflicht geschützte Daten und/ oder Gesundheitsdaten verarbeitet werden:

General Reinsurance AG	Risikobeurteilung Schadenabwicklung
Malteser Hilfsdienst gGmbH	Telefonischer Kundenservice Assistance-Leistungen

Die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. verarbeitet im Auftrag der Dortmunder Lebensversicherung AG Daten, die von der Schweigepflicht geschützt sind, und erhebt, verarbeitet oder nutzt Gesundheitsdaten.

Die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. hat folgenden anderen Stellen (Unternehmen und Personen) Aufgaben übertragen, die Datenverarbeitung als Hauptgegenstand haben und bei denen von der Schweigepflicht geschützte Daten und/ oder Gesundheitsdaten verarbeitet werden:

Medicals Direct Deutschland GmbH	Unterstützung bei Leistungsanträgen
Infoscore Consumer Data GmbH	Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
Creditreform	Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)

Darüber hinaus arbeiten die Gesellschaften der VOLKSWOHL BUND Versicherungen mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten/von der Schweigepflicht geschützte personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen, bei denen die Datenverarbeitung jedoch kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Kategorien	**Übertragene Aufgaben**
Gutachter, Sachverständige und Schadenregulierer	Risikobeurteilung Schadenabwicklung
Adressermittler	Adressprüfung
Rechtsanwaltskanzleien	Rechtsverfolgung, Rechtsberatung
Inkassounternehmen	Einzug von Forderungen
IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen
IT-und Telekommunikationsdienstleister	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
Entsorger	Aktenentsorgung
Dienstleister für Reha-, Hilfs- und Pflegeleistungen	Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen
Übersetzungsbüros	Übersetzungen
Auslandsregulierungsbüros	Abwicklung von Schäden mit Auslandsbezug

Hinweis zur Übermittlung personenbezogener Daten an Dienstleister – Widerspruchsrecht
Eine Übermittlung personenbezogener Daten an die oben genannten Dienstleister erfolgt nur, wenn dies zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses oder zur Wahrung unserer berechtigten Interessen (z. B. im Rahmen der Risikoprüfung oder Schaden- und Leistungsbearbeitung) erforderlich ist. Die Übermittlung nach Art. 22 Absatz 2 Code of Conduct unterbleibt, wenn der Betroffene widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass sein schutzwürdiges Interesse wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse des Auftraggebers an einer Übermittlung übersteigt.

Hinweise zum Datenschutz

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch Dortmunder Lebensversicherung AG und die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Zur Durchführung Ihres Versicherungsvertrages verarbeiten die Dortmunder Lebensversicherung AG und die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. Ihre personenbezogenen Daten gemeinsam.

Bitte informieren Sie etwaig andere betroffene Personen (z. B. Bezugsberechtigte, Beitragszahler, etc.) entsprechend.

Gemeinsame Verantwortliche für die Datenverarbeitung

Dortmunder Lebensversicherung AG Südwall 37-41 44137 Dortmund Telefon 0231 / 22950-0 Fax 0231 / 22950-400 E-Mail-Adresse info@die-dortmunder.de	VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. Südwall 37-41 44137 Dortmund Telefon 0231 / 5433-0 Fax 0231 / 5433-400 E-Mail-Adresse info@volkswohl-bund.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@die-dortmunder.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.die-dortmunder.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit uns oder einer anderen Gesellschaft des VOLKSWOHL BUND-Konzerns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

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

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Herkunft der Daten

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, wenn Sie mit uns in Kontakt treten, z. B. als Interessent, im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung oder als Anspruchsteller. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von Ihrem für Sie zuständigen Vermittler, für Sie tätigen Makler, von einem anderen Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns oder sonstigen Dritten (z. B. einer Kreditauskunft, Adressdienstleister, Bundeszentralamt für Steuern) zulässigerweise (z. B. zur Ausführung von Aufträgen, zur Erfüllung von Verträgen oder aufgrund einer erteilten Einwilligung) erhalten haben. Außerdem verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Schuldnerverzeichnisse, Handels- und Vereinsregister, Presse, Medien, Internet) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdaten, Staatsangehörigkeit), Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten), Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellt Ihnen dieser unter de.genre.com/Datenschutz/Hinweise-Art14DSGVO/ zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.die-dortmunder.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2-4
40213 Düsseldorf

Bonitätsauskünfte

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden (im Folgenden „ICD“ genannt). Rechtsgrundlage dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 b und Art. 6 Abs. 1f DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur ICD i. S. d. Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie in der Anlage beziehungsweise unter folgendem Link [https://finance.arvato.com/icdinfoblatt].

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei den Unternehmen der creditreform-Gruppe Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Information gem. Art 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“)

infoscore Consumer Data GmbH

1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden
Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o. a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z. B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungskauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunfteiunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z. B. Rechnungskauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseintragungen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-)Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

5. Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, im Vereinigten Königreich und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z. B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

7. Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist.

Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschfristen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband Die Wirtschaftsauskunfteien e.V. zusammengeschlossenen Auskunfteiunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde -Der Landesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg, Königstr. 10a, 70173 Stuttgart- zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen:
Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft)

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunft-anfordern.html beantragen.

9. Profilbildung/Profiling/Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Ziff. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichnis-Eintragungen und Insolvenzverfahren (siehe Ziff. 4. u. 5.), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntsein der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z.B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z. B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.

Vermittler-Informationen

Vertriebspartner-Informationen		
Name	Partnerkennung	Büro-Nr.
IHK-Registrierungsnummer	Abweichender Bestand	
Infofeld	Infofeld 2	

Informationen zur vereinfachten maschinellen Erfassung