

**1. ANTRAGSSTELLER/IN:**  Neu  Änderung

Versicherungs-Nr.

Anrede

Titel

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort

Vermittler-Nr.

Barcode

Beruf

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail\*

Fax

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

**2. SEPA LASTSCHRIFTMANDAT:**

**Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt**

**Gläubigeridentifikation: DE 90 ZZZ 000000 8437**

Ich/Wir ermächtige/n die DOMCURA AG, Beiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der DOMCURA AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Angabe der:  IBAN oder

Bankleitzahl + Kontonummer

D		E		Bankleitzahl											Kontonummer							
IBAN																						

Name des Kreditinstituts

Ort

Datum

**Unterschrift Kontoinhaber**

Bitte nur ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer/Antragsteller nicht der o.g. Kontoinhaber ist: Name, Straße und Hausnummer, Land, Postleitzahl und Ort

**3. ZAHLWEISE\*:**

jährlich

½-jährlich (3 % Zuschlag)

¼-jährlich (5 % Zuschlag)

monatlich (7 % Zuschlag)

\* Der Mindestbetrag beträgt 15,00 EUR je Rate

**4. LAUFZEIT:**

Versicherungsbeginn:

, 0:00 Uhr, Vertragslaufzeit 1 Jahr

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

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

**5. VERSICHERTE PERSONEN:**

Personenangaben für den Antragsteller übernehmen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Name:					
Vorname:					
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.	<input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.	<input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.	<input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.	<input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.
Geburtsdatum:					
Beruf:					
Gefahrengruppe:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K
Bezugsrecht im Todesfall:					
Abweichender Beginn:					

**6. VERSICHERUNGSUMFANG:**

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Versicherungsumfang:	<input type="checkbox"/> Top-Schutz <input type="checkbox"/> Komfort-Schutz <input type="checkbox"/> Standard-Schutz	<input type="checkbox"/> Top-Schutz <input type="checkbox"/> Komfort-Schutz <input type="checkbox"/> Standard-Schutz	<input type="checkbox"/> Top-Schutz <input type="checkbox"/> Komfort-Schutz <input type="checkbox"/> Standard-Schutz	<input type="checkbox"/> Top-Schutz <input type="checkbox"/> Komfort-Schutz <input type="checkbox"/> Standard-Schutz	<input type="checkbox"/> Top-Schutz <input type="checkbox"/> Komfort-Schutz <input type="checkbox"/> Standard-Schutz
Invalidität:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Progressionsstaffel:	%	%	%	%	%
Gesamtinvalidität:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Todesfallleistung:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Krankenhaustagegeld:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Übergangsleistung:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Unfallrente:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR

**7. PRÄMIENBERECHNUNG:**

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Invalidität:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Todesfallleistung:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Krankenhaustagegeld:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Übergangsleistung:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Unfallrente:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
<b>Gesamtnettoprämie:</b>	<b>EUR</b>	<b>EUR</b>	<b>EUR</b>	<b>EUR</b>	<b>EUR</b>

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

\* gesetzliche Versicherungssteuer: 19 %

**8. DYNAMIK:** Planmäßige Erhöhungen der/des Versicherungsleistungen/Beitrages um jährlich 5 %  Ja  Nein

**9. VORVERSICHERUNGEN UND VORSCHÄDEN:**

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Besteht oder bestand bereits eine Unfall-Versicherung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Name der Gesellschaft:					
Versicherungsschein-Nr.:					
Vorversicherung besteht seit:					
Schadenzahl:					
Gesamtentschädigung:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
gekündigt durch:	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> ungekündigt	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> ungekündigt	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> ungekündigt	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> ungekündigt	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> ungekündigt
gekündigt zum:					

**10. GESUNDHEITSFRAGEN**

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

**Bestätigung / Unterschrift:**

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich

1. die oben gewählte Unfallversicherung beantrage
2. die **Gesundheitsfragen** wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe
3. vor der Unterzeichnung auf die **wichtigen Hinweise und Erläuterungen sowie Datenschutzhinweise** ab Seite 5 des Antrages hingewiesen wurde und sie zur Kenntnis genommen habe. Sie enthalten unter anderem die Belehrung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und über das Widerrufsrecht sowie Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und sind wichtiger Bestandteil des Versicherungsvertrages
4. die **Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen** ab Seite 10 des Antrages zur Erhebung und Verwendung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten – auch bei Nichtzustandekommen des Vertrages – sowie zur Weitergabe allgemeiner Vertragsdaten und der Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter, die dort aufgeführten anderen Stellen, Rückversicherer sowie das Hinweis und Informationssystem (HIS) zur Kenntnis genommen habe und in diese ausdrücklich einwillige.
5. darüber informiert wurde, dass ich die **Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen** jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann
6. damit einverstanden bin, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der gesetzlichen Widerrufsfrist beginnt
7. rechtzeitig vor der Unterzeichnung dieses Antrages das **Produktinformationsblatt**, die der **beantragten Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Kundeninformationen, Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Versicherungsbedingungen** und **Klauseln** sowie die Datenschutzhinweise empfangen habe.

**Für die Punkte 1. bis 7.**

\_\_\_\_\_  
Datum **Antragsteller/in** bzw. Versicherte Person 1

**Für die Punkte 2. und 5.**

\_\_\_\_\_  
Datum Versicherte Person 2 Versicherte Person 3 Versicherte Person 4 Versicherte Person 5  
bzw. gesetzlicher Vertreter bzw. gesetzlicher Vertreter bzw. gesetzlicher Vertreter bzw. gesetzlicher Vertreter

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

Bei fehlender/n Unterschrift/en bestätigen Sie bitte, dass Ihnen als Vermittler **jeweils** ein vom Versicherungsnehmer bzw. von den versicherten Personen unterschriebener und wirksamer Maklerauftrag, der Sie zur Abgabe der Bestätigungen unter den Ziffern 1.) bis 7) bevollmächtigt, oder ein unterschriebener Antrag vorliegt.

Ja, liegt mir vor  Nein, liegt mir nicht vor

\_\_\_\_\_  
Datum Vermittler-Nr. Unterschrift Vermittler / in Referenz-Nr.

**HINWEISE ZUR UNFALLVERSICHERUNG**

**Vertragsinhalt:**

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

**Nettotarif je 1.000 EUR Versicherungssumme**

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

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

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

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

**Hinweise**

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

**Versicherer:**

**Rhion Versicherung AG**, RheinLandplatz, 41460 Neuss  
**Allianz Versicherungs-Aktiengesellschaft**, Königinstraße 28, 80802 München

**Bevollmächtigter Assekuradeur:**

**DOMCURA AG** · Theodor-Heuss-Ring 49 · 24113 Kiel · Tel. +49 431 54654-0 · Fax +49 431 54654-666 · E-Mail: info@domcura.de

## **WICHTIGE HINWEISE ZUR VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHT UND ZU IHREM VERSICHERUNGSSCHUTZ**

### **Obliegenheiten vor Vertragsabschluss – Vorvertragliche Anzeigepflichten:**

Damit wir, als Bevollmächtigte, Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. 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, kann der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

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

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

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

ursächlich war.

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

#### **2. Kündigung**

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

#### **3. Vertragsänderung**

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

#### **4. Ausübung der Rechte**

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

#### **5. Anfechtung**

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

#### **6. 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 rückwirkenden 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 auch 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.

## Weitere Informationen und Erläuterungen

### Widerrufsbelehrung

#### Abschnitt 1

#### Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

##### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen:

- Der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

DOMCURA AG / Theodor-Heuss-Ring 49 / 24113 Kiel  
Telefax: +49 431 54654-666 – E-Mail: info@domcura.de

##### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und 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. Auf unser Recht, den Teil des Beitrags einzubehalten, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, verzichten wir hiermit.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

##### Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

#### Abschnitt 2

#### Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

##### Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. Die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. Den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise von Beiträgen;
7. Die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. Das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;  
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafe soweit Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

## Weitere Informationen und Erläuterungen

12. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. Das auf den Vertrag anwendbare Recht;
14. Die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
15. Einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang, dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

### **Ende der Widerrufsbelehrung**

### **Wechsel des Versicherers**

Die Bevollmächtigte ist berechtigt zur nächsten Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages den Versicherer zu wechseln. Dies ist jedoch nur bei gleichbleibendem Versicherungsschutz und bei unverändertem Beitrag/Beitragssatz möglich. Der Wechsel des Versicherers ist dem Versicherungsnehmer spätestens innerhalb von 4 Wochen nach erfolgtem Wechsel mitzuteilen. Bei Wechsel des Versicherers kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der Mitteilung den Vertrag mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Wirksamwerden des Versichererwechsels, kündigen.

### **Vorversichereranfrage**

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

### **Vertragsbeginn**

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

## DATENSCHUTZHINWEISE

### Vorbemerkung

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die DOMCURA AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

DOMCURA AG  
Theodor-Heuss-Ring 49  
24113 Kiel  
Telefon +49 431 54654-0  
info@domcura.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: **datenschutz@domcura.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 haben sich die von uns vertretenen Versicherer 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.domcura.de/coc](http://www.domcura.de/coc) abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des vom Versicherer zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

**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. Zudem verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z.B. Meldeverzeichnisse, Grundbücher, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung 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 Unfallversicherungsvertrages) 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 berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO), z. B. zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs.

Sofern die Verarbeitung der personenbezogenen Daten der Bearbeitung im Leistungs- bzw. Schadenfall dient und/ oder der Vertragsdurchführung, sind Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung Artikel 6 Abs. 1 f) und Artikel 9 Absatz 2 f) DSGVO.

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.

### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

#### Versicherer

Das versicherte Risiko wird nicht von uns getragen. Es ist daher erforderlich, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an den jeweiligen Versicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Wir übermitteln Ihre Daten an den Versicherer nur soweit dies für die Erfüllung des Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum Versicherer ergeben sich aus Ihrem Versicherungsschein.

#### Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie durch Ihren Versicherungsvermittler betreut. Ihr Versicherungsvermittler verarbeitet die zum Abschluss und zur Durchführung des Versicherungsvertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermitteln unser Unternehmen diese Daten an den Sie betreuenden Versicherungsvermittler, soweit dieser die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungsangelegenheiten benötigt.

#### Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten des Versicherers – insbesondere im Rahmen der Bearbeitung des Leistungs- bzw. Schadenfalles – zum Teil der Unterstützung externer Gutachter und Sachverständiger. Ferner werden wir im Zusammenhang mit der Aktenlagerung, der Aktenvernichtung, bei IT-Dienstleistungen, beim Druck und Versand von Unterlagen sowie bei Marketingaktionen und der Marktforschung ggf. von externen Dienstleistern unterstützt.

In dem KSH-Rahmenvertragskonzept bedienen wir uns in bestimmten Fällen zur Schadenabwicklung der Vonovia, SE, Philippstraße 3, 44803 Bochum.

#### 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, zehn 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 Jahre.

#### 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.



## DATENSCHUTZHINWEISE

### 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.

### Beschwerderecht und Aufsichtsbehörde

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:

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein  
– Die Landesbeauftragte für Datenschutz –  
Holstenstraße 98  
24103 Kiel

### Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung können unter Umständen Daten zum Versicherungsobjekt (z. B. Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage) werden. Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

### Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. Vorschäden in der Wohngebäudeversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

### Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

### Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir unter Umständen vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

## **EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG**

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für den Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der Versicherer sowie dessen bevollmächtigter Assekuradeur, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt der Versicherer sowie dessen bevollmächtigter Assekuradeur ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistance-Gesellschaften, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung Ihres Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Ihren Widerruf können Sie richten an den für Ihren Vertrag zuständigen Versicherer oder an dessen bevollmächtigten Assekuradeur DOMCURA AG, Theodor-Heuss-Ring 49, 24113 Kiel.

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

- durch den Versicherer sowie dessen bevollmächtigten Assekuradeur DOMCURA AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 2.)
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.)
- im Rahmen des Datenaustauschs nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystems (unter 4.) und
- im Zusammenhang mit der Erklärung für den Fall Ihres Todes (unter 5.).

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

Ich willige ein, dass der Versicherer sowie dessen bevollmächtigter Assekuradeur DOMCURA AG die von mir künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, speichern und nutzen darf, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### **2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb des Versicherers**

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Versicherers oder einer anderen Stelle.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für ihn erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann beim Versicherer oder bei der DOMCURA AG, Theodor-Heuss-Ring 49, 24113 Kiel, Tel: 0431/54 6 54-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass diese Gesundheits- und weitere Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte.

### **2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben.

Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

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

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

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

### **2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass 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 Ihr Antrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Antrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten 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. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

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

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

### **4. Datenaustausch nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystems**

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, [www.informa-his.de](http://www.informa-his.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer und andere Versicherungsunternehmen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung.

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

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

### **5. Erklärung 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 den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedarf der Versicherer einer Einwilligung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.