

# Unfall-Versicherungsantrag für Berufssportler



**Wunderlich Financial Consulting GmbH**

Vermittler:

Erlenstr. 27  
CH-2555 Brügg  
office@wunderlich-consulting.net  
www.wunderlich-consulting.net

Hinweis im Namen der möglichen Versicherer:

Bitte beachten Sie, dass wir die nachfolgenden Fragen im Auftrag der für die Eindeckung Ihres Risikos in Betracht kommenden und in der allgemeinen Kundeninformation benannten Versicherer stellen. Die Versicherer treffen ihre Entscheidung zum Abschluss des Vertrages insbesondere auf der Grundlage Ihrer nachfolgenden Angaben.

<b>Versicherungsnehmer (VN):</b>	Name	Vorname	
Geburtsdatum/Steuernummer:	/		
E-Mail*/Mobilnummer*:			
Adresse:			
<b>Versicherte Person:</b> (sofern nicht VN)	Name	Vorname	
Geburtsdatum/Steuernummer:	/		
E-Mail VP*:			
Adresse:			Telefon:
Familienstand:	<input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Ledig                   Geschlecht: _____ Anzahl d. Kinder: _____		
Sportdisziplin:	Verein:		
Position im Mannschaftssport:			
Begünstigter im Erlebensfall:	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> Sonstiger:		Geburtsdatum:
Begünstigter im Todesfall:	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> Sonstiger:		Geburtsdatum:

\* wird zwingend benötigt

Versicherungsbeginn <sup>(1)</sup>: , 00.00 Uhr

Währung:  Euro  CHF  US\$  GBP      Dürfen wir Sie als Referenzkunde nennen?  Ja  Nein

Zahlungsweise:  jährlich  halbjährlich + 3%  vierteljährlich + 5%  monatlich + 7%       vorläufige Deckung (1)  
(Mindestzahlbetrag 50,00)

(1) Versicherungsbeginn: Nach Eingang dieses ausgefüllten und unterschriebenen Antrages, vorbehaltlich der Annahme durch die Versicherungsgesellschaft oder deren Vertreter und der Zahlung des Beitrages durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person. Bei Inanspruchnahme der vorläufigen Deckung entfällt jeder evtl. Anspruch auf ein Widerruf- bzw. Widerspruchsrecht. Die vorläufige Deckung wird jedoch immer unter Vorbehalt der medizinischen Risikoprüfung und der Bezahlung gewährt. Der Versicherungsnehmer hält sich 4 Wochen an den Antrag gebunden.

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats für die Währung EUR**

Mandat für wiederkehrende Zahlungen      Mandatsreferenznummer \_\_\_\_\_      Gläubigeridentifikation CH45ZZZ00000000226  
(wird separat mitgeteilt)

Ich/Wir ermächtige/n „Wunderlich Financial Consulting GmbH“, Beiträge von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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.

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Kontoinhabers/in \_\_\_\_\_

Bitte nur ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer/Antragsteller nicht der o.g. Kontoinhaber/Zahlungspflichtige ist.

\_\_\_\_\_  
Name, Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort, Land

Leistungsbereich	Höchstsummen	Je	Gruppe 1 10-64 Jahre	Gruppe 2 10-64 Jahre	Gruppe 3 10-40 Jahre	Gruppe 4 10-40 Jahre	Gruppe 5 10-40 Jahre	Gewählte Summe	Beitrag
<b>Invalidität</b> ohne Progression	2.000.000	1.000	2,53	3,17	3,82	--	--		
<b>Invalidität</b> ohne Progression, ab 5% Invalidität.	2.000.000	1.000	2,00	2,25	2,85	4,46	5,75		
<b>Invalidität</b> ohne Progression, ab 10% Invalidität.	2.000.000	1.000	1,40	1,57	1,99	3,12	4,02		
<b>Unfalltod</b>	2.000.000	1.000	1,25	1,75	2,00	2,50	2,50		
<b>Übergangsleistung</b>	20.000	1.000	3,24	5,39	7,53	9,69	12,92		
<b>Unfall-Tagegeld</b> ab dem 43. Tag	1.000	1	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00		

**Beitragsfrei mitversichert sind:**

Bergungskosten u. kosmetische Operationen bis 20.000  
Rehabilitations-Beihilfe bis 3.000

Nettoprämie

+ jeweils gültige Landesversicherungssteuer

**Jahresbeitrag**

Ich möchte zusätzlich die Terrordeckung beantragen. Der Beitrag erhöht sich um 10%.

Ich bin unter 22 Jahren und habe ein Jahreseinkommen unter 10.000. Dadurch kann ich den Youngster-Tarif mit 50% Rabatt auf die o.g. Beitragssätze beantragen. Der Vorteil entfällt, wenn ich vom Alter oder Jahreseinkommen über den vorgenannten Werten liege.

**Sportarten**

Gruppe	Sportart	Gruppe	Sportart
4	American Football	2	Langlauf
3	Badminton	2	Leichtathletik
3	Baseball und Softball	3	Motorrennsport
4	Basketball und Korbball	5	Mountainbike
2	Biathlon	4	Polo
1	Billard	5	Radsport (ohne Hallensport und Mountainbike)
4	Bobfahren	3	Rasenkraftsport
2	Bogenschießen	4	Reiten (Vielseitigkeitsreiten und Military)
5	Boxen	3	Reiten (Spring- und Dressurreiten)
2	Curling	3	Ringern
5	Eishockey	4	Rodeln
2	Eislaufen (ohne Eishockey)	4	Rollhockey (und Skaterhockey, Inlinehockey)
2	Eisschießen	2	Rollsport (ohne Rollhockey)
4	Faltbootfahren mit Wildwasser	2	Rudern
2	Faltbootfahren ohne Wildwasser	4	Rugby
3	Faustball	2	Schießen
2	Fechten	1	Schwimmen
5	Fußball	2	Segeln (und Surfen)
3	Gewichtheben	4	Skibobfahren
2	Golf	5	Skifahren (andere), Snowboard und Skispringen
2	Gymnastik	4	Squash
2	Hallenradsport (Kunstrad, Radball, etc.)	3	Taekwon Do
5	Handball	2	Tanzsport
4	Hockey	3	Tennis
4	Judo	1	Tischtennis
3	Ju-Jitsu (und Jiu-Jitsu)	2	Triathlon
2	Kajakfahren	3	Turnen
2	Kanufahren	3	Volleyball
4	Karate	4	Wasserball
5	Kick-Boxen	4	Wasserski (und Wakeboard)
3	Cricket	5	Wrestling

## **Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
damit wir Ihren Versicherungsantrag bzw. Ihre unverbindliche Anfrage auf einen Vertragsvorschlag 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 Wunderlich Financial Consulting GmbH, Erlenstr. 27, CH-2555 Brugg, office@wunderlich-consulting.net, Fax +41 32 5520571 textlich nachzuholen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

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. Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage auf einen Vertragsvorschlag an uns richten, benötigen wir Ihre vollständigen und wahrheitsgemäßen Angaben, um Ihnen ein Angebot zum Abschluss des von Ihnen gewünschten Versicherungsvertrages zu unterbreiten. In diesem Fall beachten Sie bitte, dass unser Vertragsvorschlag nur unter der Bedingung gilt, dass bis zu Ihrer Vertragserklärung, welche in der Annahmeerklärung zu sehen ist, keine Änderungen der im Vorfeld von Ihnen und – soweit nicht personenidentisch – der versicherten Person getätigten Angaben ergeben haben.

Sollten sich bis zu Ihrer Annahmeerklärung Ihre Verhältnisse ändern mit der Folge, dass die von uns gestellten Fragen anders als wie geschehen zu beantworten sind, sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, uns die Änderungen mitzuteilen. Wir werden Sie und die versicherte Person bei Abgabe der Vertragserklärung ausdrücklich bitten, uns verbindlich zu bestätigen, dass die von uns in Bezug auf den Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden und uns etwaige Änderungen mitzuteilen.

### **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 nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn 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.

#### **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.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

#### **3. Vertragsänderung**

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

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, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, 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 haben wir die Umstände anzugeben, 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.

## Widerrufsbelehrung

### 1. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2015, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 S. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Wunderlich Financial Consulting GmbH, Erlenstr. 27, CH-2555 Brügg, office@wunderlich-consulting.net, Fax +41 32 5520571.

### 2. Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den Betrag des entsprechenden Anteils des Jahresbeitrags, der sich wie folgt berechnet: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/360 der Jahresprämie. 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 zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

### 3. 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. Bei Abrechnung von Verträgen über vorläufige Deckung und bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als zwei Monaten steht Ihnen kein Widerrufsrecht zu.

Widerrufen Sie einen Versicherungsvertrag, durch den ein bereits beim Versicherer bestehender Vertrag ersetzt oder abgeändert werden soll, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

## Einwilligungserklärung Datenschutz (Datenspeicherung, -weitergabe und -anforderung)

### 1. Rechtsgrundlage, Einwilligung in die Datenverarbeitung

(1) Der Versicherungsnehmer willigt ausdrücklich ein, dass alle personenbezogenen Daten, insbesondere die besonderen persönlichen Daten, wie z. B. die Gesundheitsdaten der zu versichernden Personen, im Rahmen der gesetzlichen Regelungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) von **Wunderlich Financial Consulting GmbH** – nachfolgend **WFC GmbH** genannt – gespeichert und zum Zwecke der Vermittlung und Verwaltung an die dem Versicherungsnehmer bekannten, kooperierenden Unternehmen weitergegeben werden dürfen.

(2) Art. 6 Abs. 1 lit. a) und b) DSGVO stellen die Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten des Versicherungsnehmers dar. Art. 9 Abs. 2 lit. a) für die Verarbeitung besonderer personenbezogener Daten.

(3) Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des beantragten Vertrages und auch für die entsprechende Prüfung bei anderweitig zu beantragenden Versicherungsverträgen oder bei künftigen Antragstellungen des Versicherungsnehmers.

(4) WFC GmbH darf die Versicherungsnehmerdaten, insbesondere auch die Gesundheitsdaten des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person, zur Einholung von Stellungnahmen und Gutachten, sowie zur rechtlichen Prüfung von Ansprüchen an von Berufswegen zur Verschwiegenheit verpflichtete Personen (z.B. Anwälte und Steuerberater) weitergeben.

### 2. Befugnis der Versicherer / der Vertragspartner

(1) Der Versicherungsnehmer ist damit einverstanden, dass sämtliche Informationen und Daten, welche für den von ihm gewünschten Versicherungsschutz von Bedeutung sein könnten, an den potenziellen Vertragspartner (z.B. Versicherer) weitergegeben werden. Diese potenziellen Vertragspartner sind zur ordnungsgemäßen Prüfung und weiteren Vertragsdurchführung berechtigt, die vertragsrelevanten Daten - insbesondere auch die Gesundheitsdaten - im Rahmen des Vertragszweckes zu speichern und zu verwenden.

(2) Soweit es für die Eingehung und Vertragsverlängerung erforderlich ist, dürfen diese Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten, an Rückversicherer oder Mitversicherer zur Beurteilung des vertraglichen Risikos vertraulich und anonymisiert übermittelt werden.

### 3. Mitarbeiter und Vertriebspartner

Der Versicherungsnehmer erklärt seine Einwilligung, dass alle Mitarbeiter und Erfüllungsgehilfen der WFC GmbH seine personenbezogenen Daten, insbesondere auch die Gesundheitsdaten, speichern, einsehen und für die Beratung gegenüber dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer verwenden dürfen. Zu den Mitarbeitern der WFC GmbH zählen alle Arbeitnehmer, selbständige Handelsvertreter, Empfehlungsgeber und sonstige Erfüllungsgehilfen, die mit WFC GmbH eine vertragliche Regelung unterhalten und die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes beachten. Der Versicherungsnehmer ist damit einverstanden, dass seine personenbezogenen Daten, sein Finanzstatus und die Gesundheitsdaten an diese und künftige Mitarbeiter der WFC GmbH zum Zwecke der Vertragsbetreuung weitergegeben werden und ihre Mitarbeiter berechtigt sind, die Versicherungsnehmerdaten im Rahmen des Vertragszweckes einzusehen und verarbeiten und verwenden zu dürfen.

### 4. Anweisungsregelung

Der Versicherungsnehmer weist seine bestehenden Vertragspartner (z.B. Versicherer) an, sämtliche vertragsbezogenen Daten - auch die Gesundheitsdaten - an WFC GmbH unverzüglich herauszugeben. Dies insbesondere zum Zwecke der Vertragsübertragung, damit WFC GmbH die Überprüfung des bestehenden Vertrages durchführen kann.

### 5. Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden

Die Kundendaten werden nach Kündigung der Zusammenarbeit im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen, gelöscht. Zur Abwehr zukünftiger Schadenersatzansprüche können sich die Löschrufen entsprechend verlängern. Der Versicherungsnehmer ist damit einverstanden, dass sich der Löschantrag nicht auf revisionssichere Backupssysteme bezieht und in Form einer Sperrung durchgeführt wird.

### 6. Rechte des Versicherungsnehmers als betroffene Person

Dem Versicherungsnehmer stehen sämtliche in Kapitel 3 (Art. 12-23) DSGVO genannten Rechte zu, insbesondere das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruchsrecht und Recht auf Datenübertragbarkeit.

### 7. Rechtsnachfolger

(1) Der Versicherungsnehmer willigt ein, dass die von WFC GmbH aufgrund der vorliegenden Datenschutzerklärung erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Informationen, Daten und Unterlagen, insbesondere auch die Gesundheitsdaten, an einen etwaigen Rechtsnachfolger der WFC GmbH bzw. einen Erwerber des Versicherungsbestandes weitergegeben werden, damit auch dieser seine vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen als Rechtsnachfolger der WFC GmbH erfüllen kann. Die Einwilligung erfolgt nach Art. 9 Abs. 1 DSGVO.

(2) Die zur Bewertung des Maklerunternehmens erforderlichen Versicherungsnehmerdaten können auch an einen potenziellen Erwerber des Maklerunternehmens weitergeleitet werden. Besondere personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten im Sinne des Art. 4 Nr. 15 DSGVO, zählen nicht zu den erforderlichen Kundendaten nach Satz 1. Diese dürfen daher nicht an einen potenziellen Erwerber übermittelt werden. Eine Überlassung dieser Daten erfolgt nach Absatz 1 erst nach der tatsächlichen Veräußerung oder Rechtsnachfolge.

#### 8. Datenübertragung in Drittländer

Daten können auch in sogenannte Drittländer übertragen werden, sofern ein **Angemessenheitsbeschluss** der Europäischen Kommission nach Artikel 45 Datenschutz-Grundverordnung für diese Länder vorliegt. Dies ist z.B. bei der Schweiz der Fall.

#### 9. Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung bzw. Angebotsanforderung befragen, können wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe des von Ihnen zu zahlenden Beitrags entscheiden.

#### 10 Widerruf

Die Einwilligung zur Verwendung, Speicherung und Weitergabe aller gesammelten und vorhandenen Daten - einschließlich der Gesundheitsdaten - kann durch den Versicherungsnehmer jederzeit und ohne Begründung widerrufen werden. Die an der Vertragsvermittlung und/oder -verwaltung beteiligten Unternehmen werden sofort über den Widerruf informiert und verpflichtet, unverzüglich die gesetzlichen Regelungen der DSGVO und des BDSG umzusetzen. Führt der Widerruf dazu, dass der Vertragszweck nicht erfüllt werden kann, endet automatisch die vereinbarte Verpflichtung der WFC GmbH gegenüber der den Widerruf erklärenden Person oder Firma. Der Versicherungsnehmer hat jederzeit die Möglichkeit, sich beim zuständigen Landesamt für Datenschutzaufsicht (LDA) zu beschweren.

#### 11. Einwilligungserklärung bei besonderen personenbezogenen Daten

Mit der Verwendung, Speicherung und Nutzung der besonderen persönlichen Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten und seines Finanzstatus, im Rahmen dieser Datenschutzvereinbarung, erklärt der Versicherungsnehmer seine Einwilligung, die er jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

#### 12. E-Mail-Kommunikation

Der Versicherungsnehmer willigt mit seiner Unterschrift ausdrücklich ein, dass er mit einer unverschlüsselten E-Mail zur Auftragsabwicklung einverstanden ist. Dieses Einverständnis erteilt er ausdrücklich auch für den Fall, dass in der E-Mail besondere persönliche Daten, wie z.B. Gesundheitsdaten oder der Finanzstatus, enthalten sind. Sofern er bereits die besonderen persönlichen Daten per unverschlüsselter E-Mail an WFC GmbH gesandt hat, genehmigt er die nicht verschlüsselte Kommunikation bis auf Widerruf für die Zukunft.

#### 13. Erlaubnis zur Kontaktaufnahme

Der Versicherungsnehmer willigt ein, dass die WFC GmbH mit ihm auf allen zur Verfügung stehenden Kommunikationswegen (Telefon, Fax, Post, Email, SMS, Messenger, etc.), soweit der Versicherungsnehmer die hierzu erforderlichen Daten WFC GmbH überlassen hat, Kontakt aufnehmen kann. Diese Kontaktaufnahme kann zu dem Zwecke der Betreuung durch die WFC GmbH vermittelter Verträge und ggf. zur Betreuung der durch Dritte vermittelter Verträge erfolgen. Ebenso ist diese Kontaktaufnahme zum Angebot neuer Versicherungsverträge sowie zum Angebot der Deckung ungedeckter Risiken, die durch Veränderung von Rahmenbedingungen entstanden sind, zulässig. Sofern der Versicherungsnehmer WFC GmbH eine E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme und/oder zum Zwecke der Betreuung vermittelter Verträge und/oder gegebenenfalls zur Betreuung der durch Dritte vermittelten Verträge überlassen hat, wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Übermittlung der Daten per E-Mail durch den Makler in unverschlüsselter Form erfolgt. Diese Einwilligung gilt auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses weiter (z.B. zur Kundenrückgewinnung), wenn diese nicht ausdrücklich und in Textform widerrufen wurde.

#### 14. Einwilligung zur Weitergabe der Daten an persönliche Bekannte (nach nachstehender Definition)

Der Versicherungsnehmer ist mit der Weitergabe von Daten der Versicherungsverträge bzw. -anträge und/oder von Schadenfällen an den Ehepartner, Lebenspartner und/oder an Kinder (Verwandte 1. Grades) sowie an mitversicherte Personen einverstanden.

Ja  Nein, es wird keine Einwilligung erteilt

#### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die **Wunderlich Financial Consulting GmbH** – nachfolgend WFC GmbH genannt – sowie die **Versicherungsgesellschaft, mit der der Versicherungsvertrag abgeschlossen wird** (nachfolgend "Versicherung"), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Versicherungsgesellschaft, mit der Ihr Versicherungsvertrag geschlossen wird, Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Außerdem benötigt die Versicherung 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. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Versicherung unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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

- durch die WFC GmbH und durch die Versicherung selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Versicherung (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten auch für etwaige von Ihnen gesetzlich vertretenen und mitzuversichernden 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 die Versicherung

Ich willige ein, dass die WFC GmbH sowie die Versicherung, 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 die Versicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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. Die Versicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich 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 (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit 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 Versicherung – 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 Versicherung übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Versicherung an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Versicherung 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 Versicherung in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Versicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Versicherung einwillige
  - oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.
- Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung 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 durch die Versicherung 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 die Versicherung konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedarf die Versicherung einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### **Möglichkeit I:**

- ☐ 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).

#### **Möglichkeit II:**

- ☐ 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 Vertrages über.

### **3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten an Stellen außerhalb von der Versicherung**

Die Versicherung verpflichtet 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. Die Versicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Versicherung 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 Versicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten entbinde ich die für die Versicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Versicherung 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 der Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die vorstehend genannten Stellen benötigt die Versicherung Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten an vorstehende Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Versicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherung sowie der Unternehmensgruppe der Versicherung und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### **3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Versicherung 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 die Versicherung Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung der Versicherung aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Versicherung das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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

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

#### **3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Die Versicherung 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 Strafgesetzbuch geschützte Informationen über Ihren Vertrag dem Vermittler 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 Ihres Vertrags erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt sie 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 Versicherung meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch 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.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, darf die WFC GmbH und die Versicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall speichern, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die Versicherung zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Die Versicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Versicherung und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die WFC GmbH und die Versicherung 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 speichern und nutzen dürfen.

#### Schlussklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person

##### 1. Generelles

Dieser Versicherungsantrag dient als Grundlage für die Ausarbeitung des Versicherungsvertrages. Wenn der Anzeigepflichtige bei Abschluss des Vertrages eine erhebliche Tatsache, die er kannte oder kennen musste, verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt hat (Verschweigen), so ist der Versicherer nicht an den Vertrag gebunden, wenn er binnen 4 Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Verträge zurücktritt.

##### 2. Verantwortlichkeit für den Antrag

Ihr Vermittler berät Sie bei Abschluss des Vertrages. Bitte prüfen Sie die Angaben, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesem Antrag oder anderen Schriftstücken für Sie gemacht haben auf Richtigkeit und Vollständigkeit, sonst können Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden.

##### 3. Erklärung der zu versichernden Person bei Versicherung auf fremde Rechnung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Antragsteller auf meinen Namen diese Versicherung zu seinen Gunsten abschließt und damit bezugsberechtigt ist. Mir ist bekannt, dass mir bzw. meinen Erben daraus keine Leistungsansprüche zustehen.

##### 4. Weitere gemeinsame Schlussklärung

An diesen Antrag halte ich mich einen Monat gebunden. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsschutz erst beginnt, sobald ich den vereinbarten Beitrag bezahlt habe und dass eine evtl. vorläufige Deckungszusage rückwirkend erlischt, wenn der Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Versicherungsscheins gezahlt wurde.

##### 5. Vergütung

Kommt aufgrund dieses Antrages ein Versicherungsvertrag zwischen mir und einem Versicherer zu Stande, so hat die WFC einen Anspruch auf Vergütung. Zahle ich den geschuldeten Beitrag an den Versicherer, so ist der Vergütungsanspruch der WFC gegenüber mir abgegolten. Die Höhe des geschuldeten Beitrags richtet sich nach dem Versicherungsschein bzw. Cover Note zu diesem Antrag, auch wenn der im Antrag genannte Beitrag niedriger sein sollte. Zahle ich den geschuldeten Beitrag nicht, so beträgt der Vergütungsanspruch der WFC gegenüber mir 20% des geschuldeten Beitrags zuzüglich entstehender Kosten (der Betrag beinhaltet keine Umsatzsteuer). Zahle ich den gegenüber dem Versicherer geschuldeten Beitrag nur teilweise, schulde ich WFC dennoch die volle Vergütung.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Ich weiß, dass der Versicherer bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann. Alle für die Versicherer bestimmten Anzeigen und Willenserklärungen sind schriftlich abzugeben. Eine Kopie des Antrags liegt mir vor.

_____	✗	_____
Ort / Datum		Unterschrift Versicherungsnehmer
_____	✗	_____
Ort / Datum		Unterschrift versicherte Person
_____	✗	_____
Ort / Datum		Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
_____	✗	_____
Ort / Datum		Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung 16. Lebensjahr)
_____	✗	_____
Ort / Datum		Unterschrift Vermittler/Vermittlernummer

Hiermit bestätige ich, dass mir vor Abgabe meiner Vertragserklärung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2015\*, die Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung, die Informationen im Schadenfall sowie die AGB der WFC GmbH, in Textform klar und verständlich übermittelt worden sind. Sie sind damit Vertragsbestandteil. \* Stand: 06.2018

Gleichzeitig erteile ich der WFC GmbH die Erlaubnis, bei Beginn und während der Vertragslaufzeit den Versicherer zu wählen bzw. zu wechseln, sofern die ursprünglichen Voraussetzungen (Beitragsübersicht, Bedingungen, medizinische Entscheidung) gleich oder besser sind.

_____	✗	_____
Ort / Datum		Unterschrift Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Beratung am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

Ort: \_\_\_\_\_

Anwesende: \_\_\_\_\_

**Anlass der Beratung – Kundenwunsch und Bedürfnisse**

---

---

---

**Beratungsinhalt – Rat und Begründung – Kundenentscheidung**

---

---

---

---

---

- Ich wurde auf die Möglichkeit der Absicherung im Bereich Rechtsschutz hingewiesen. Unterlagen sind erhältlich unter <https://www.sportinsurance.net/download>
- Ich wurde auf die Möglichkeit der Absicherung von Krankenzusatzversicherungen für Profisportler hingewiesen. Angebot und Antrag bekommen Sie hier: <https://www.sportinsurance.net/online-berechnung>
- Ich wurde auf die Möglichkeit der Absicherung von Krankentagegeld für GKV-versicherte Profisportler ohne Gesundheitsprüfung hingewiesen. Angebot und Antrag bekommen Sie hier: <https://www.sportinsurance.net/online-berechnung>
- Ich wurde auf die Möglichkeit der Absicherung von einer reinen Unfalldeckung für Profisportler ohne Gesundheitsprüfung hingewiesen. Angebot und Antrag bekommen Sie hier: <https://www.wunderlich-consulting.net/de/online-berechnung>
- Ich wurde auf die Möglichkeit der Absicherung der vorübergehenden bzw. vollständigen Sportunfähigkeit für Profisportler hingewiesen. Angebot und Antrag bekommen Sie hier: <https://www.wunderlich-consulting.net/de/online-berechnung>
- weitere Dokumentation auf Beiblatt**

Bitte beachten Sie unsere Basis- und Kundeninformation mit den gesetzlichen Pflichtangaben.  
Versicherungsschutz besteht erst nach Annahme des Vertrages (Policierung) durch den Versicherer und Zahlung der Erstprämie.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Versicherungsvermittler





Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Beratung am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

Ort: \_\_\_\_\_

Anwesende: \_\_\_\_\_

**Anlass der Beratung – Kundenwunsch und Bedürfnisse**

---

---

---

**Beratungsinhalt – Rat und Begründung – Kundenentscheidung**

---

---

---

---

---

---

---

---

weitere Dokumentation auf Beiblatt

Bitte beachten Sie unsere Basis- und Kundeninformation mit den gesetzlichen Pflichtangaben.  
Versicherungsschutz besteht erst nach Annahme des Vertrages (Policierung) durch den Versicherer und Zahlung der Erstprämie.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Versicherungsvermittler

**Vertragsunterlagen Ihres Assekuradeurs (Verwaltungsgesellschaft)**

**zur Unfallversicherung**  
**AUB 2015**  
Stand 06.2018

Die Vertragsunterlagen gliedern sich in sechs Abschnitte:

I.	Allgemeine Kundeninformationen	Seite 2
II.	Vollmachten der Wunderlich Financial Consulting GmbH	Seite 5
III.	Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	Seite 7
IV.	Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen AUB 2015	Seite 8
V.	Merkblatt zur Datenverarbeitung	Seite 18
VI.	Allgemeine Geschäftsbedingungen WFC GmbH (AGB`s)	Seite 21

## I. ALLGEMEINE KUNDENINFORMATIONEN

### Angaben der Gesellschaften

Nachfolgend erhalten Sie eine Übersicht der für Ihren Vertrag möglichen Gesellschaften. Die speziell für Ihren Vertrag bzw. für Ihr Angebot zutreffende Gesellschaft entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.

---

#### Argenta Syndicate Management Limited, Syndicate 2121

##### 1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers:

###### Argenta Syndicate Management Limited, Syndicate 2121

Anschrift: 70 Gracechurch, London EC3V 0XL, UK.

Telefon: +44-20-78257200

Fax: +44-20-78257212

Internet: [www.argentapl.com](http://www.argentapl.com)

Rechtsform: Ltd.

Sitz: London, Großbritannien

##### 2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Der Versicherer betreibt die Schaden-, Haftpflicht- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Financial Conduct Authority (FCA), 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, UK.

Der deutsche Generalvertreter für Lloyd's ist bei der Handelskammer in Frankfurt am Main unter der Registernummer HRA 26467 eingetragen.

Die Hauptgeschäftstätigkeit von Lloyds Underwritern besteht darin, Nichtleben- und Lebensversicherungs- sowie Rückversicherungsgeschäfte zu tätigen.

---

#### Argo Global

##### 1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers:

###### Argo Global

Anschrift: Exchequer Court 33 St Mary Axe, London EC3A8AA

Telefon: +44-20-77127600

Fax: +44-20-77127601

Internet: [www.argollimited.com](http://www.argollimited.com)

Rechtsform: Ltd.

Sitz: London, Großbritannien

##### 2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Der Versicherer betreibt die Schaden-, Haftpflicht- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Financial Conduct Authority (FCA), 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, UK.

Der deutsche Generalvertreter für Lloyd's ist bei der Handelskammer in Frankfurt am Main unter der Registernummer HRA 26467 eingetragen.

Die Hauptgeschäftstätigkeit von Lloyds Underwritern besteht darin, Nichtleben- und Lebensversicherungs- sowie Rückversicherungsgeschäfte zu tätigen.

---

#### Hamilton Underwriting Limited, Syndicate 3334

##### 1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers:

###### Hamilton Underwriting Limited, Syndicate 3334

Anschrift: St. Helen's, 1 Undershaft, London EC3P 3DQ, UK.

Telefon: +44-20-35951111

Fax: +44-20-35954199

Internet: [www.hamiltongroup.com](http://www.hamiltongroup.com)

Rechtsform: Ltd.

Sitz: London, Großbritannien

##### 2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Der Versicherer betreibt die Schaden-, Haftpflicht- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Financial Conduct Authority (FCA), 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, UK.

Der deutsche Generalvertreter für Lloyd's ist bei der Handelskammer in Frankfurt am Main unter der Registernummer HRA 26467 eingetragen.

Die Hauptgeschäftstätigkeit von Lloyds Underwritern besteht darin, Nichtleben- und Lebensversicherungs- sowie Rückversicherungsgeschäfte zu tätigen.

---

#### Markel International Insurance Company

##### 1. Identität des Versicherers:

###### Markel International Insurance Company

Anschrift: 20 Fenchurch Street, London EC3M 3AZ, UK.

Telefon: +44-20-79536000

Internet: [www.markelintl.com](http://www.markelintl.com)

Rechtsform: Ltd.

Sitz: London, Großbritannien

##### 2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Der Versicherer betreibt die Schaden-, Haftpflicht- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Financial Conduct Authority (FCA), 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, UK.

---

#### Markel International, Syndicate 3000

##### 1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers:

###### Markel International, Syndicate 3000

Anschrift: 20 Fenchurch Street, London EC3M 3AZ, UK.

Telefon: +44-20-79536000

Internet: [www.markelintl.com](http://www.markelintl.com)

Rechtsform: Ltd.

Sitz: London, Großbritannien

##### 2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Der Versicherer betreibt die Schaden-, Haftpflicht- und Unfallversicherung.  
Die Aufsichtsbehörde ist die Financial Conduct Authority (FCA), 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, UK.  
Der deutsche Generalvertreter für Lloyd's ist bei der Handelskammer in Frankfurt am Main unter der Registernummer HRA 26467 eingetragen.  
Die Hauptgeschäftsaktivität von Lloyds Underwriters besteht darin, Nichtleben- und Lebensversicherungs- sowie Rückversicherungsgeschäfte zu tätigen.

---

#### **StarStone Insurance Europe AG**

##### **1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers:**

**StarStone Insurance Europe AG**  
Anschrift: Zollstrasse 82, FL - 9494 Schaan  
Telefon: +423-265-3600  
Fax: +423-265-3600  
Internet: www.starstone.com  
Rechtsform: AG  
Sitz: Schaan, Fürstentum Liechtenstein

##### **2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde**

Der Versicherer betreibt die Schaden-, Haftpflicht- und Unfallversicherung.  
Die Aufsichtsbehörde ist die Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Landstr. 109, 9490 Vaduz, FL

---

#### **StarStone Insurance Europe AG**

##### **1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers:**

**StarStone Insurance Europe AG, Zweigniederl. Deutschland**  
Anschrift: Spichernstr 8, 50672 Köln  
Telefon: +49 221 95270135  
Fax: +49 221 95270270  
Internet: www.starstone.com  
Rechtsform: AG  
Sitz: Köln, Bundesrepublik Deutschland

##### **2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde**

Der Versicherer betreibt die Schaden-, Haftpflicht- und Unfallversicherung.  
Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin): Bereich Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108,53117 Bonn

---

#### **Tokio Marine Kiln Insurance Ltd.**

##### **1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers:**

**Tokio Marine Kiln Insurance Limited, NL Deutschland**  
Anschrift: Taunusanlage 11, 60329 Frankfurt  
Telefon: +49 69 97788990  
Internet: www.tokiomarinekiln.com  
Rechtsform: Ltd.  
Sitz: Frankfurt, Bundesrepublik Deutschland

##### **2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde**

Der Versicherer betreibt die Schaden-, Haftpflicht- und Unfallversicherung.  
Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin): Bereich Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108,53117 Bonn

---

#### **QBE Reinsurance – Syndicate 566**

##### **1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers:**

**QBE Reinsurance – Syndicate 566**  
Anschrift: 30 Fenchurch Street, London EC3M 3BD, UK.  
Telefon: +44-20-71054000  
Internet: www.qbe.com  
Rechtsform: Ltd.  
Sitz: London, Großbritannien

##### **2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde**

Der Versicherer betreibt die Schaden-, Haftpflicht- und Unfallversicherung.  
Die Aufsichtsbehörde ist die Financial Conduct Authority (FCA), 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, UK.  
Der deutsche Generalvertreter für Lloyd's ist bei der Handelskammer in Frankfurt am Main unter der Registernummer HRA 26467 eingetragen.  
Die Hauptgeschäftsaktivität von Lloyds Underwriters besteht darin, Nichtleben- und Lebensversicherungs- sowie Rückversicherungsgeschäfte zu tätigen.

---

#### **Everest's Syndicate 2786**

##### **1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers:**

**Everest's Syndicate 2786**  
40 Lime Street, London EC3M 7AW, UK  
Tel.: +44 20 3887 2500  
Fax: +44 20 7623 5967  
Internet: www.everestgroup.com  
Rechtsform: Ltd.  
Sitz: London, Großbritannien

##### **2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde**

Der Versicherer betreibt die Schaden-, Haftpflicht- und Unfallversicherung.  
Die Aufsichtsbehörde ist die Financial Conduct Authority (FCA), 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, UK.  
Der deutsche Generalvertreter für Lloyd's ist bei der Handelskammer in Frankfurt am Main unter der Registernummer HRA 26467 eingetragen.

Die Hauptgeschäftsaktivität von Lloyds Underwritern besteht darin, Nichtleben- und Lebensversicherungs- sowie Rückversicherungsgeschäfte zu tätigen.

---

und andere Syndikate / Versicherer im Namen von Lloyd's London bzw. Lloyd's Insurance Company S.A..

---

### **Versichererwechsel**

Auf die Möglichkeit des Wechsels nach § 2 der Vollmachten der Wunderlich Financial Consulting GmbH weisen wir hin.

---

Ihre Verwaltungsgesellschaft ist:

### **Wunderlich Financial Consulting GmbH**

Erlenstr. 27, 2555 Brügg, Schweiz

Geschäftsführer: Claus Wunderlich, Filip Apostolov

Tel. + 41 32 5520570, Fax +41 32 5520571, office@wunderlich-consulting.net, www.wunderlich-consulting.net

oder

Serviceadresse für WFC GmbH, Postfach 7129, D-72784 Pfullingen, T. +49 7121 3811870, F. +49 7121 3811871

---

Für die oben genannten Versicherer handelt **Wunderlich Financial Consulting GmbH** als Ihr Assekurateur/Verwaltungsgesellschaft (Bevollmächtigter der Versicherer für das Inkasso und den Versicherungsschein).

---

### **Wesentliche Merkmale des Versicherungsvertrages**

Die wesentlichen Merkmale des Versicherungsvertrages bestimmen sich nach den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen AUB 2015, Erläuterungen und Klauseln. Eine Übersicht hierzu befindet sich auf Ihrem Antragsformular. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen. Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Alle Unterlagen zu Ihrem Vertrag finden Sie im Anschluss an diese Kundeninformationen.

Darin sind Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers geregelt.

### **Gesamtpreis der Versicherung**

Den Gesamtpreis der Versicherung entsprechend der gewünschten Zahlungsweise können Sie jeweils dem Angebot oder dem Antrag entnehmen. Die jeweiligen Beitragssätze können Sie der Beitragstabelle entnehmen, die ebenfalls Vertragsbestandteil ist. In dem Beitrag ist die gesetzliche Versicherungssteuer enthalten.

### **Zusätzlich anfallende Kosten**

Für den Abschluss des Versicherungsvertrages werden keine weiteren Gebühren und Kosten erhoben.

Im Fall des Verzugs können wir eine Mahngebühr in Höhe von 30 EUR verlangen. Sollte es zu einem gerichtlichen Mahnverfahren kommen, entstehen weitere Gebühren. Deren Höhe ist abhängig vom Forderungsbetrag.

Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für einen fehlgeschlagenen Lastschriftzug können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

Zusätzlich fallen folgende pauschalen Verwaltungskosten an:

- Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheins EUR 25,00.
- Ausstellung einer steuerlichen Bescheinigung EUR 25,00.

Bei der Nutzung unserer o. g. Service-Rufnummern fallen die normalen Telefonkosten an.

### **Zahlung und Erfüllung**

Der einmalige Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.

Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist der einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen.

Weicht der Versicherungsschein vom Antrag des Versicherungsnehmers oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Bei Vereinbarung der Beitragszahlung in Raten gilt die erste Rate als erster Beitrag.

Ein Folgebeitrag wird zu dem vereinbarten Zeitpunkt der jeweiligen Versicherungsperiode fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie innerhalb des im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitraums bewirkt ist.

### **Gültigkeitsdauer der Informationen**

Unsere Angebote sind, soweit nichts anderes vereinbart ist, 1 Monat gültig.

Fällt in die Zeit zwischen Antragsaufnahme und Versicherungsbeginn eine Beitragsangleichung, so gilt der am Tage des Beginns gültige Beitrag.

### **Zustandekommen des Vertrages**

Die Unfallversicherung kann nur mittels unseres Antragsvordruckes oder Online beantragt werden. Beantworten Sie unsere Fragen bei Antragsstellung wahrheitsgemäß und vollständig. Nehmen Sie sich dafür bitte ausreichend Zeit. Machen Sie keine Angaben „ins Blaue hinein“. Sind Sie **unsicher** oder haben Sie **Zweifel** oder können Sie sich nur **vage** erinnern, nutzen Sie bitte alle Ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, sich vor der Beantwortung der Fragen über die jeweilige Gesundheitslage sachgerecht zu informieren, z.B. auch unter Zuhilfenahme Ihres Arztes.

Nach der Antragsaufnahme prüfen wir anhand der Risiko- und Gesundheitsangaben, ob der Antrag zu normalen Bedingungen angenommen werden kann.

Ergibt die Risikoprüfung, dass ein Antrag nicht zu den angebotenen Konditionen angenommen werden kann, prüfen wir, ob durch einen individuellen Risikoausschluss ein Ausgleich für das erhöhte Risiko geschaffen werden kann. Ist dies nicht Fall, werden wir die Annahme des Antrages für eine bestimmte Zeit zurückstellen oder die Übernahme des Versicherungsschutzes ganz ablehnen.

Ein individueller Risikoausschluss setzt stets Ihr Einverständnis voraus, entweder in Form einer gesondert von Ihnen abzugebenden Einverständniserklärung (z.B. bei der erstmaligen Beantragung der Unfallversicherung) oder mittels gekennzeichnete Änderung im Versicherungsschein.

Der Vertrag kommt dann mit Zugang der Versicherungsurkunde bei Ihnen zustande. Bis zum Ablauf der Widerrufsfrist (siehe unten) sind Sie an Ihren Antrag nicht gebunden. Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Versicherungsbeginn, frühestens ab Eingang des Antrags beim Versicherer.

**Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.** Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.

Alternativ zu dem o.g. Verfahren und vorbehaltlich der Zustimmung von uns bzw. des Assekurateurs können Sie aber auch sofortigen Versicherungsschutz haben, sofern Sie dies ausdrücklich wünschen. Dies ist auf dem Antrag zu vermerken. In diesem Fall wird auch keine medizinische Risikoprüfung erfolgen, da hier alle existierenden Erkrankungen und deren Folgen sowie Unfallfolgen ausgeschlossen sind.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Dies gilt nicht, soweit Sie mit der Zahlung des Erstbeitrags in Verzug geraten (siehe Punkt 6).

#### **Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen zur Berufsunfähigkeitsabsicherung BUB 2017, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 S. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Wunderlich Financial Consulting GmbH  
Erlenstr. 27  
CH-2555 Brügg  
Fax: +41 32 5520571  
office@wunderlich-consulting.net.

#### **Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, 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 Betrag des entsprechenden Anteils des Jahresbeitrags, der sich wie folgt berechnet: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/360 des Jahresbeitrags. 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 zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

#### **Besondere Hinweise**

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Bei Abrechnung von Verträgen über vorläufige Deckung und bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als zwei Monaten steht Ihnen kein Widerrufsrecht zu. Widerrufen Sie einen Versicherungsvertrag, durch den ein bereits beim Versicherer bestehender Vertrag ersetzt oder abgeändert werden soll, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

#### **Laufzeit**

Der Vertrag ist für die vereinbarte Dauer abgeschlossen und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn er nicht 90 Tage vor der jeweiligen Hauptfälligkeit vom Versicherer oder dem Versicherungsnehmer gekündigt wird, wobei die Bedingungen des § 10 der AUB2015 beachtet werden müssen.

#### **Beendigung des Vertrages**

Der Versicherungsvertrag endet zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit.

Im Übrigen besteht ein gesetzliches Kündigungsrecht auch in folgenden Fällen:

- für den Versicherer bei Nichtzahlung des Folgebeitrags (§ 38 VVG)
- für den Versicherungsnehmer bei Beitragserhöhungen (§ 40 VVG)
- für den Versicherer und den Versicherungsnehmer nach dem Versicherungsfall (§ 92 VVG)

Die Einzelheiten können Sie den genannten Vorschriften und den entsprechenden Regelungen in den jeweiligen Bedingungswerken entnehmen.

#### **Anwendbares Recht und Gerichtsstand**

Für alle Streitigkeiten das Vertragsverhältnis betreffend, d.h. auch für vorvertragliche, gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns ist das Amtsgericht an Ihrem Wohnsitz innerhalb der EU zuständig. Befindet sich Ihr Wohnsitz außerhalb der EU, ist das Amtsgericht in Reutlingen beziehungsweise – falls der Streitwert 5.000 Euro übersteigt – das Landgericht in Stuttgart zuständig.

Zudem ist für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung auch das Amts- bzw. Landgericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Dieser Gerichtsstand gilt nur dann nicht, wenn Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes verlegen.

#### **Sprache**

Die Vertragsbedingungen und die vorliegenden Informationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt. Die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages erfolgt in deutscher Sprache.

#### **Regelungen für die Beschwerdebearbeitung**

Jede Beschwerde sollte zunächst an Ihren Vermittler gerichtet werden.

Der Lloyd's Managing Agent bzw. die von ihm zur Entscheidung über Ihre Beschwerde in seinem Auftrag eingesetzte, oben angeführte Partei wird den Empfang Ihrer Beschwerde sobald wie möglich schriftlich bestätigen.

Der Lloyd's Managing Agent bzw. die von ihm zur Entscheidung über Ihre Beschwerde in seinem Auftrag eingesetzte, oben angeführte Partei wird bemüht sein, Ihnen die Entscheidung über Ihre Beschwerde innerhalb von sechs Wochen nach deren Vorbringen schriftlich zukommen zu lassen.

Sollten Sie weiterhin unzufrieden mit der abschließenden Antwort der oben genannten Partei sein oder falls Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Einreichung der Beschwerde eine abschließende Antwort erhalten haben, so haben Sie das Recht, Ihre Beschwerde bei der nachfolgenden Organisation vorzubringen: Die Kontaktdaten lauten wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.  
Postfach 080632, 10006 Berlin  
Telefon: 0800-3696000, Telefax: 0800-3699000  
E-Mail: [beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de)  
Internet: [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

Sie können Ihre Beschwerde an den Versicherungsombudsmann richten, wenn es sich bei dem Beschwerdeführer um einen Verbraucher oder eine Person in einer verbraucherähnlichen Situation handelt und die Beschwerde sich nicht auf eine private Krankenversicherung bezieht, der Versicherungsvertrag auf Niederlassungsgrundlage gezeichnet wurde und der Wert der Beschwerde nicht mehr als EUR 100.000 beträgt.

Zusätzlich können Sie Beschwerden jederzeit direkt an die nachfolgende Behörde richten, ohne sich vorher an den Versicherer zu wenden  
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn; Tel.: +49 (0) 228 4108-0; Fax: + 49 (0) 228 4108-1550; E-Mail: [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de)

oder für Starstone:

Financial Market Authority Liechtenstein  
Landstrasse 109, P.O. Box 279, 9490 Vaduz, Liechtenstein, Phone +423 236 73 73; Fax +423 236 73 74; E-Mail [info@fma.li](mailto:info@fma.li)

Die oben angeführten Beschwerdebearbeitungswege gelten unbeschadet etwaiger Ihnen zur Verfügung stehender Rechtsansprüche.

### **Klausel zur Individualhaftung (Lloyds)**

Die Verpflichtungen der unterzeichnenden Versicherer im Rahmen von Versicherungsverträgen, welche von diesen gezeichnet werden, fallen unter die Individualhaftung und nicht unter die Solidarhaftung und sind ausschließlich auf den Haftungsumfang ihrer individuellen Zeichnungen beschränkt. Die zeichnenden Versicherer tragen keine Verantwortung für Zeichnungen irgendeines anderen mitzeichnenden Versicherers, der aus irgendwelchen Gründen seinen Verpflichtungen ganz oder teilweise nicht nachkommt.

Unabhängig davon bietet Lloyds 'Sicherheitskette' die finanzielle Stärke, die letztlich alle Versicherungspolice, die bei Lloyd's gezeichnet wurden, unterstützt. Jedes Syndikat, wie alle Versicherer, hat seine eigene Zahlungsfähigkeit und finanzielle Vermögenswerte. Sollte sich dies jedoch als unzureichend erweisen, bietet Lloyds seinen Syndikaten einen zusätzlichen finanziellen Schutz über seine Mitgliederfonds und darüber hinaus durch seine gegenseitigen Vermögenswerte einschließlich des Zentralfonds.

Für weitere Informationen und Details der wesentlichen Fonds, die Lloyd's untermauern, klicken Sie bitte auf den folgenden Link:  
<https://www.lloyds.com/lloyds/investor-relations/lloyds-capital-structure>

### **Financial Services Compensation Scheme (Lloyds)**

Sie können Anspruch auf Entschädigung aus dem Financial Services Compensation Scheme (FSCS) haben, wenn wir unsere Verbindlichkeiten nicht erfüllen können.

Dies hängt von der Art des Geschäfts und den Umständen des Anspruchs ab. 90% des Anspruchs werden erfüllt. Für gesetzlich vorgeschriebene Arten der Versicherung wird die Forderung vollständig erfüllt.

Weitere Informationen über die Entschädigungsregelungen finden Sie im FSCS. Weitere Informationen erhalten Sie auf Anfrage oder beim Besuch der FSCS-Website unter [www.fscs.org.uk](http://www.fscs.org.uk).

---

## **II. VOLLMACHTEN DER WUNDERLICH FINANCIAL CONSULTING GMBH**

### **§ 1 Anzeigen und Willenserklärungen**

1. Die Verwaltungsgesellschaft der Versicherer für alle Versicherungsverträge ist die Wunderlich Financial Consulting GmbH, Biel (im Folgenden WFC genannt).

2. WFC ist bevollmächtigt, vertraglich obliegende Anzeigen, Willenserklärungen, Schadenanzeigen und Beiträge in Empfang zu nehmen sowie ausstehende Beiträge einzufordern und den dazu gehörigen Schriftverkehr zu führen und Willenserklärungen jeglicher Art im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag (z. B. Rücktritt, Kündigung, Anfechtung) abzugeben. Die Beiträge gelten als beim Versicherer eingegangen, wenn sie bei WFC eingegangen sind.

3. WFC ist vom Versicherer beauftragt, gegenüber den Versicherungsnehmern und den betreuenden Vermittlern die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären.

4. Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift oder Emailadresse geändert, die Änderung aber WFC nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung einer Textnachricht an die letzte WFC bekannte Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu welchem sie, ohne die Anschriftenänderung, bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre.

### **§ 2 Versichererwechsel**

WFC ist berechtigt, das auf der Grundlage dieses Vertrages versicherte Risiko jederzeit im Namen des Versicherungsnehmers bei einem anderen Versicherer als Risikoträger in Deckung zu geben und/oder weitere Versicherer zu beteiligen. Macht WFC von diesem Recht Gebrauch, so wird der Versicherungsnehmer unverzüglich darüber informiert, bei wem er von nun an seine vertraglichen Rechte geltend machen kann. Der Wechsel des Versicherers löst kein Sonderkündigungsrecht aus.

# Unfallversicherung

Informationsblatt zu  
Versicherungsprodukten

Lloyd's Versicherer London  
Niederlassung für Deutschland  
Syndikat 510 (TMK)



TOKIO MARINE  
KILN

Berufssportler-  
Unfallversicherung

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

## Um welche Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen.



### Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z.B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt.

Unter den Versicherungsschutz fallen u.a.:

- ✓ Gesundheitsschäden infolge erhöhter Kraftanstrengung an Gliedmaßen & Wirbelsäule
- ✓ Unfälle als Berufssportler

Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:

#### Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhafter Beeinträchtigung (z. B. Bewegungseinschränkungen)
- ✓ Übergangsleistung
- ✓ Tagegeld bei unfallbedingter Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit
- ✓ Einmalige Todesfall-Leistung
- ✓ Kostenersatz für Bergungseinsätze

Die Leistungsarten und die Versicherungssummen dazu vereinbaren wir mit Ihnen im Versicherungsvertrag.



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten (z. B. Diabetes, Gelenksarthrose, Schlaganfall)
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung
- ✗ Sachschäden (z. B. Brille, Kleidung)



### Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz?

Wir können nicht alle denkbaren Fälle versichern. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Unfälle durch Alkohol- oder Drogenkonsum
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
- ! Bandscheibenschäden
- ! Unfälle als Führer oder sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges oder Luftsportgerätes.

Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.



### Wo habe ich Versicherungsschutz?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



### Welche Pflichten habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.



### Wann und wie muss ich bezahlen?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



### Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nicht anders vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir sie nicht kündigen.





## Wie kann ich den Vertrag beenden?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen (das muss spätestens drei Monate vorher geschehen). Sie oder wir können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

## IV. ALLGEMEINE UNFALLVERSICHERUNGSBEDINGUNGEN AUB 2015 (Stand: 02-2018)

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

### Inhaltsübersicht

#### Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
  - 2.1 Invaliditätsleistung
  - 2.2 Übergangsleistung
  - 2.3 Tagegeld
  - 2.4 Krankenhaustagegeld, ambulante Operationen
  - 2.5 Genesungsgeld
  - 2.6 Todesfallleistung
- Zusatzleistungen
- 2.7 Bergungskosten
- 2.8 Kosmetische Operationen
- 2.9 Rehabilitations-Beihilfe
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 GESTRICHEN
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 6 Was müssen Sie
  - bei vereinbartem Kinder-Tarif
  - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

#### Der Leistungsfall

- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 9 Wann sind die Leistungen fällig?

#### Die Versicherungsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?  
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

#### Der Versicherungsbeitrag

- 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?  
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

#### Weitere Bestimmungen

- 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 14 GESTRICHEN
- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 16 Welches Gericht ist zuständig?
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?  
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 18 Welches Recht findet Anwendung?

### Der Versicherungsumfang

#### 1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
  - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

## 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

### 2.1 Invaliditätsleistung

#### 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

- 2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

#### 2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

- 2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

- 2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

- 2.1.2.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

- 2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

- 2.1.2.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

- 2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

### 2.2 Übergangsleistung

#### 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

## **2.2.2 Art und Höhe der Leistung:**

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

## **2.3 Tagegeld**

### **2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:**

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

### **2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:**

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

## **2.4 Krankenhaustagegeld, ambulante Operationen**

### **2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung**

Die versicherte Person

- befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich wegen eines Unfalles einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig bzw. vollständig in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

### **2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung**

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
- für 5 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen gezahlt. Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach Ziffer 2.5 besteht nicht.

## **2.5 Genesungsgeld**

### **2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:**

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.4.

### **2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:**

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

## **2.6 Todesfalleistung**

### **2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:**

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.

### **2.6.2 Höhe der Leistung:**

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

## **Zusatzleistungen**

### **Für alle Zusatzleistungen gilt:**

Bestehen bei einem oder mehreren der beteiligten Versicherer für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge geltend gemacht werden.

## **2.7. Bergungskosten**

### **2.7.1. Voraussetzungen für die Leistung:**

2.7.1.1. Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten oder ihr drohte ein Unfall oder ein Unfall war nach den konkreten Umständen zu vermuten.

Der versicherten Person sind notwendige Kosten für ihre Rettung, Bergung oder die Suche nach ihr entstanden.

- 2.7.1.2 Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

Haben wir eine Leistung erbracht und erbringt der Dritte später eine Leistung, können wir die von uns erbrachte Leistung im Umfang der durch den Dritten erbrachten Leistung zurückfordern.

#### **2.7.2 Art und Höhe der Leistung:**

Wir ersetzen Kosten bis zur im Versicherungsschein genannten Höhe für

- 2.7.2.1. Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;

### **2.8. Kosmetische Operationen**

#### **2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung:**

- 2.8.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

- 2.8.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

- 2.8.1.3 Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

Haben wir eine Leistung erbracht und erbringt der Dritte später eine Leistung, können wir die von uns erbrachte Leistung im Umfang der durch den Dritten erbrachten Leistung zurückfordern.

#### **2.8.2 Art und Höhe der Leistung:**

Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare
- sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

### **2.9. Rehabilitations-Beihilfe**

#### **2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung:**

Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch Vorlage des ärztlichen Entlassungsberichtes sowie der Bewilligungsunterlagen zur Rehabilitationsmaßnahme durch die BfA, die gesetzliche oder private Krankenkasse oder das Sozial- oder Versorgungsamt nachgewiesen.

#### **2.9.1.1 Nicht versichert sind**

- Intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA),
- Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt,
- Berufsgenossenschaftlich-Stationäre Weiterbehandlung (BGSW),
- sonstige vollstationäre Heilbehandlungen für die Krankenhaus-Tagegeld (aus einer Unfall- oder Krankenversicherung) bei unserer oder einer anderen Gesellschaft bezogen wird.

- 2.9.1.2 Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

Haben wir eine Leistung erbracht und erbringt der Dritte später eine Leistung, können wir die von uns erbrachte Leistung im Umfang der durch den Dritten erbrachten Leistung zurückfordern.

#### **2.9.2 Art und Höhe der Leistung:**

Die Rehabilitations-Beihilfe wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Summe einmal je Unfall gezahlt.

### **3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?**

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 40%, unterbleibt jedoch die Minderung.

### **4 GESTRICHEN**

### **5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**

#### **5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:**

- 5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

- 5.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

- 5.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

- 5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

- 5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen. Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs. Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten

- 5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

## **5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:**

- 5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

- 5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

- 5.2.4 Infektionen.

- 5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
- durch Insektenstiche oder -bisse oder
  - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

- 5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für
- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
  - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

- 5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.

- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

- 5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

- 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

## **6 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?**

### **6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs**

6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5 mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

### **6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung**

6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis bzw. die jeweiligen Deckungsnoten.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

6.2.2 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

6.2.3 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

## **Der Leistungsfall**

### **7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

7.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.

7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

### **8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

### **9 Wann sind die Leistungen fällig?**

9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,

- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir

- bei Invalidität bis zu 1.‰ der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 1 % der versicherten Summe,
- bei Tagegeld bis zu 1 Tagegeldsatz,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu 1 Krankenhaustagegeldsatz.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf 5 Jahre. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
  - von Ihnen vor Ablauf der Frist
- ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 3 % jährlich zu verzinsen.

9.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

## Die Versicherungsdauer

### 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

#### 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

#### 10.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

#### 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

#### 10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

#### 10.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten.

## Der Versicherungsbeitrag

### 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

## **11.1 Beitrag und Versicherungssteuer**

### **11.1.1 Beitragszahlung**

Die Beiträge können je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsbeiträgen einen Monat, bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr, bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

### **11.1.2 Versicherungssteuer**

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

## **11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag**

### **11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**

Der erste Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

### **11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**

Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

### **11.2.3 Rücktritt**

Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

## **11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**

### **11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

### **11.3.2 Verzug**

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

### **11.3.3 Kein Versicherungsschutz**

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

### **11.3.4 Kündigung**

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

## **11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb der SEPA-Lastschriftzahlung zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

## **11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

## **11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern**

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und



- Sie bei Versicherungsbeginn das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
  - die Versicherung nicht gekündigt war und
  - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt folgendes:

- 11.6.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- 11.6.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

## **Weitere Bestimmungen**

### **12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**

- 12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

### **13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**

#### **13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände**

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des 1. Satzes in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

#### **13.1.1 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung**

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

#### **13.2 Rücktritt**

##### **13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts**

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

##### **13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts**

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

##### **13.2.3 Folgen des Rücktritts**

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

### **13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung**

- 13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrzustand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

- 13.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrzustand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung 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 fristlos in Textform kündigen.

### **13.4 Anfechtung**

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

## **14 GESTRICHEN**

### **15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**

- 15.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 15.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

### **16 Welches Gericht ist zuständig?**

- 16.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Europäischen Union, Schweiz oder Norwegen haben.
- 16.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in der Europäischen Union, Schweiz oder Norwegen zuständig ist.

### **17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**

- 17.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle / Assekuradeur gerichtet werden.
- 17.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

### **18 Welches Recht findet Anwendung?**

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

---

## V. MERKBLATT ZUR DATENVERARBEITUNG

### Hinweise zum Datenschutz

Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gilt ab dem 25.05.2018 in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Mit der DSGVO werden die Regeln für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vereinheitlicht. Dadurch wird der Schutz von personenbezogenen Daten insgesamt sichergestellt und der freie Datenverkehr innerhalb der Europäischen Union gewährleistet. Die neuen Vorschriften der DSGVO sehen insbesondere ein hohes Maß an Transparenz bei der Datenverarbeitung und umfassende Rechte der betroffenen Personen vor.

Informationen zum Datenschutz finden Sie auch im Internet unter <https://www.wunderlich-consulting.net/de/datenschutzerklaerung>

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

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Wunderlich Financial Consulting GmbH  
Erlenstr. 27, 2555 Brügg, Schweiz  
Geschäftsführer: Claus Wunderlich, Filip Apostolov  
Tel. + 41 32 5520570, Fax +41 32 5520571  
office@wunderlich-consulting.net, [www.wunderlich-consulting.net](http://www.wunderlich-consulting.net)

sowie die jeweiligen Versicherer.

### Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir (Wunderlich Financial Consulting GmbH und die jeweiligen Versicherer) 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.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz bzw. fordern Sie ein Angebot an, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages bzw. die Abwicklung des Angebotes 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. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Umfang der Leistung 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. Die Daten aller mit uns bestehenden Verträge können wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung nutzen, 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. 1b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Versicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2a i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2j DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- 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. 1c DSGVO. Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

#### Rückversicherer:

Von den Versicherern übernommene Risiken können diese bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer) versichern. Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Leistungsfalldaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

#### Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsfalldaten. 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.

#### Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Die zurzeit gültige Liste der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, kann jederzeit bei uns angefordert werden.

#### 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 genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen bzw. die jeweiligen Versicherer 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 nach Beendigung des Vertrages.

## Betroffenenrechte

Sie können unter der genannten 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

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

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an eine Datenschutzaufsichtsbehörde Ihres Wohnsitzlandes zu wenden.

## Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung bzw. Angebotsanforderung befragen, können wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe des von Ihnen zu zahlenden Beitrags entscheiden.

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die **Wunderlich Financial Consulting GmbH** – nachfolgend WFC GmbH genannt – sowie die **Versicherungsgesellschaft, mit der der Versicherungsvertrag abgeschlossen wird** (nachfolgend "Versicherung"), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Versicherungsgesellschaft, mit der Ihr Versicherungsvertrag geschlossen wird, Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Außerdem benötigt die Versicherung 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. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Versicherung unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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

- durch die WFC GmbH und durch die Versicherung selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Versicherung (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten auch für etwaige von Ihnen gesetzlich vertretenen und mitzuversichernden 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 die Versicherung

Ich willige ein, dass die WFC GmbH sowie die Versicherung, 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 die Versicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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. Die Versicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich 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 (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit 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 Versicherung – 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 Versicherung übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Versicherung an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Versicherung 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 Versicherung in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Versicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Versicherung einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung 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 durch die Versicherung 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 die Versicherung konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedarf die Versicherung einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

### **Möglichkeit I:**

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).

### **Möglichkeit II:**

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 Vertrages über.

## **3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten an Stellen außerhalb von der Versicherung**

Die Versicherung verpflichtet 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. Die Versicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Versicherung 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 Versicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten entbinde ich die für die Versicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Versicherung 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 der Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die vorstehend genannten Stellen benötigt die Versicherung Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten an vorstehende Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Versicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherung sowie der Unternehmensgruppe der Versicherung und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### **3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Versicherung 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 die Versicherung Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Versicherung aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Versicherung das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Versicherung unterrichtet.

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

### **3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Die Versicherung 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 Strafgesetzbuch geschützte Informationen über Ihren Vertrag dem Vermittler 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 Ihres Vertrags erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt sie 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 Versicherung meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch 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.

#### **4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, darf die WFC GmbH und die Versicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall speichern, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die Versicherung zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Die Versicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Versicherung und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die WFC GmbH und die Versicherung 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 speichern und nutzen dürfen.

## **VI. ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN WFC GmbH (AGB)**

Mit meiner Unterschrift bzw. der Onlineübermittlung des PDF-Antrages beantrage ich Versicherungsschutz nach den jeweils gültigen Bedingungen.

Gleichzeitig erteile ich Wunderlich Financial Consulting GmbH bzw. deren Beauftragten die Vollmacht, in meinem Namen den Vertrag/die Verträge zu verwalten und zu betreuen sowie alle in diesem Zusammenhang stehenden Dienste zu tätigen.

Dies beinhaltet auch die Erstellung des Versicherungsscheins sowie das Inkasso.

Mir ist bewusst, dass die Wunderlich Financial Consulting GmbH ausdrücklich keine Versicherungsvermittlung anbietet.

Ich bestätige ferner ausdrücklich, dass ich bewusst auf eine Beratung und Dokumentation inklusive der damit verbundenen Konsequenzen verzichte.

Ich nehme hiermit zur Kenntnis und stimme zu, dass die Versicherer bzw. seine Bevollmächtigten und die WFC GmbH Vertrags- oder Schaden- daten in elektronischer Form speichern und die Originale vernichten. Die elektronische Kopie eines solchen Dokuments wird als Nachweis des Originaldokumentes von mir anerkannt.

Sämtlicher Schriftverkehr wird per elektronischer Übermittlung (E-Mail) durchgeführt. Dazu ist es zwingend notwendig, dass die jeweils aktuelle Email-Adresse der WFC GmbH bekannt ist. Sollte dies nicht der Fall oder keine bekannt sein, gilt die Zustellung an den Vermittler als gleichgestellt.

Im Zuge des SEPA-Lastschriftmandats wird die Frist zur Vorabankündigung (pre-notification) auf einen Tag bei deutschen Konten herabgesetzt. Bei nicht-deutschen Konten beträgt die Frist 2 Tage bei wiederkehrenden und 5 Tage bei ein- oder erstmaligen Abbuchungen.

Auf das Vertragsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerde zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str.108, 53117 Bonn.

### **Preisliste für Servicedienstleistungen**

Da der gesamte Schriftverkehr per Email erfolgt, werden keine Originaldokumente ausgestellt. Diese können aber gegen eine Servicegebühr postalisch versendet werden.

Übersendung Versicherungsschein per Email	Kostenlos
2. Übersendung Versicherungsschein per Email	Kostenlos
Übersendung Versicherungsschein per Post	EUR 25,00
Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheins	EUR 25,00
Ausstellung einer steuerlichen Bescheinigung per Email	kostenlos
Ausstellung einer steuerlichen Bescheinigung per Post	EUR 25,00
Sonstige Kosten	Nach Aufwand