

# Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Ich **beantrage** den **Abschluss** einer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsnummer

BB-Nr.	AV-Nummer	Dokubogen-Nr.	Externe Antragsnummer	eAntragsnummer	Kundennummer
--------	-----------	---------------	-----------------------	----------------	--------------

## 1 Antragsteller/Versicherungsnehmer (die Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter) \* freiwillige Angaben

Herr  Frau      Titel \_\_\_\_\_      Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Zuname \_\_\_\_\_      Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_      Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_      Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_      E-Mail\* \_\_\_\_\_

## 2 Zu versichernde Person (bitte nur ausfüllen, falls nicht mit Antragsteller identisch!)

Herr  Frau      Titel \_\_\_\_\_      Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Zuname \_\_\_\_\_      Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_      Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_      Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_      E-Mail\* \_\_\_\_\_

## 3 Angaben zur beruflichen Tätigkeit der zu versichernden Person

Derzeitige Tätigkeit/Beruf/welcher Schultyp wird besucht/Studienrichtung \_\_\_\_\_

Höchste Qualifikation (abgeschlossene/s Berufsausbildung, Weiterbildung, Studium, etc.): \_\_\_\_\_

Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_ %      Anzahl unterstellter Mitarbeiter: \_\_\_\_\_      Berufsgruppe: \_\_\_\_\_

Arbeitnehmer       Schüler       Beamter einfacher oder mittlerer Dienst (nicht Telekom, Post, Bahn)       Selbständig, Gewerbe angemeldet?  ja  nein  
 Arbeitnehmer öffentl. Dienst       Student       Beamter gehobener Dienst (nicht Telekom, Post, Bahn)  
 Auszubildender       arbeitssuchend       Beamter höherer Dienst (nicht Telekom, Post, Bahn)  
     Beamter (Telekom, Post, Bahn)

Wenn ja, seit wann angemeldet? \_\_\_\_\_

## 4 Versicherungsschutz

**Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung** nach Tarif 7403 - ExklusivSBU  
 **Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung** nach Tarif 7404 - PremiumSBU

Versicherungsbeginn \_\_\_\_\_

Versicherungsdauer/Beitragszahlungsdauer \_\_\_\_\_ Jahre

jährliche Rente \_\_\_\_\_ EUR bzw. monatliche Rente \_\_\_\_\_ EUR

abweichende Leistungsdauer \_\_\_\_\_ Jahre (gerechnet ab Versicherungsbeginn)  
 Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente mit jährlich  1 %  2 %  3 % im Berufsunfähigkeitsfall  
 unisafe HQ wird beantragt (bitte immer Formular LVF-213 mit einreichen)

Karenzzeit  6 Monate  12 Monate  18 Monate  24 Monate

Überschuss-System:

Beitragsverrechnung       Fondsanlage individuelle Fondsauswahl (ISIN u. Name) \_\_\_\_\_  
 verzinsliche Ansammlung

Pflegerente SBU PFLEGE<sup>plus</sup>  50 % oder  100 % der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente

**5 Dynamik – Werterhaltung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung**

Die Dynamik kann in ganzen Prozentschritten in Höhe von 1 % bis 5 % oder 10 % ausgewählt werden. Sofern nichts anderes vereinbart ist, erfolgt eine Steigerung um jährlich 3 % des Vorjahresbeitrages.

Steigerung des Beitrages um jährlich  %  Ich wünsche keine Dynamik.

**6 Beiträge/Zahlungsweise**

Beitrag Berufsunfähigkeitsrente	Brutto	<input type="text"/>	EUR	Netto*	<input type="text"/>	EUR	<b>Zahlungsweise:</b> <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich
Beitrag Pflegerente SBU PFLEGE <sup>plus</sup>	Brutto	<input type="text"/>	EUR	Netto*	<input type="text"/>	EUR	
<b>GESAMTBEITRAG inkl. Pflegerente</b>	<b>BRUTTO</b>	<input type="text"/>	<b>EUR</b>	<b>NETTO*</b>	<input type="text"/>	<b>EUR</b>	

\*Der Nettobeitrag ergibt sich je nach Überschuss-System. Die angegebenen Nettobeiträge können nicht garantiert werden. Sie gelten nur, wenn die derzeit festgesetzten Überschussanteile während der gesamten Beitragszahlungsdauer unverändert bleiben.

**7 Bezugsrecht/Empfänger der Versicherungsleistungen**

**Sofern ein Guthaben vorhanden ist, gilt bei Ablauf der Versicherung folgendes Bezugsrecht:**

der Versicherungsnehmer  die nachfolgend bezeichnete Person: Zu-/Vorname, Geb.Datum, Anschrift  
 die versicherte Person

**Sofern ein Guthaben vorhanden ist, gilt bei Tod der versicherten Person folgendes Bezugsrecht:**

der überlebende Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war.  die nachfolgend bezeichnete Person: Zu-/Vorname, Geb.Datum, Anschrift

**8 SEPA-Lastschriftmandat**

**Zahlungsempfänger:** uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg, Deutschland

**Hinweis:** Soweit es sich um Zahlungen handelt, die der uniVersa Allgemeine Versicherung AG oder der uniVersa Krankenversicherung a.G. zustehen, ist die uniVersa Lebensversicherung a.G. zum Lastschriftinzug berechtigt; sie handelt insofern im Namen und für Rechnung dieser Unternehmen.

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE16ZZZ00000102598

**Mandatsreferenznummer:** Wird separat bekannt gegeben

**SEPA-Einzelmandat für wiederkehrende Lastschriften**

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die uniVersa Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem (unserem) nachstehend genannten Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) nachstehend genanntes Kreditinstitut an, die von der uniVersa Lebensversicherung a.G. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir (uns) der SEPA-Basis-Lastschriftinzug spätestens vorab angekündigt wird, von 14 auf fünf Kalendertage verkürzt wird. Zum Zweck dieser Vorabankündigung gebe ich (geben wir) Änderungen meiner (unserer) Adresse rechtzeitig bekannt.

Abbuchung zum:  1. des Monats  15. des Monats

**Kontoinhaber**

Zuname/Firma

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort/Firmensitz

**Kreditinstitut** (Name des Zahlungsdienstleisters)

**IBAN**

D E

Ort

Datum

X

**Unterschrift/en Kontoinhaber** (Vor- u. Zuname, bei Firmen Unterschrift/en des/der Zeichnungsberechtigten)

**9 Gesundheitsverhältnisse, Gefahrerhöhung durch Beruf und Sport der zu versichernden Person**

GEMÄSS § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ SIND DIE VOM VERSICHERER IN TEXTFORM GESTELLTEN FRAGEN (HIERZU ZÄHLEN U.A. NEBEN DEM ALTER DIE BERUFLICHE SITUATION, DIE AUSÜBUNG SPORTLICHER AKTIVITÄTEN, DIE MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE UND DER AKTUELLE GESUNDHEITZUSTAND SOWIE AUCH DIE EINKOMMENSITUATION, BESTEHENDE BZW. BEANTRAGTE VORVERSICHERUNGEN) NACH BESTEM WISSEN RICHTIG UND VOLLSTÄNDIG ZU BEANTWORTEN UND DABEI AUCH VON MIR FÜR UNWESENTLICH GEHALTENE UMSTÄNDE, NACH DENEN DORT GEFRAGT WIRD, ANZUGEBEN. BEI SCHULDHAFTER VERLETZUNG DIESER PFLICHT KANN DER VERSICHERER VOM VERTRAG ZURÜCKTRETEN, KÜNDIGEN, DEN VERTRAG RÜCKWIRKEND ANPASSEN ODER IHN ANFECHTEN UND GEBEENENFALLS DIE LEISTUNG VERWEIGERN. DIE VOLLSTÄNDIGE MITTEILUNG NACH § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ ENTNEHMEN SIE BITTE DER SEITE 10.

Wir haben uns als Versicherer freiwillig verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen erst ab einer maßgeblichen Todesfallsumme von 300.001,- EUR bzw. einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von 30.001,- EUR offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Bei den genannten Summengrenzen werden Ihre sämtlichen beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen berücksichtigt.

**9.1 Besondere Gefahren**

- Sind Sie im Beruf besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Aufenthalte in Krisengebieten, Umgang mit explosiven, radioaktiven oder anderen gefährlichen Stoffen, sind Sie Waffenträger oder Mitglied einer Sondereinheit)? Falls ja, legen Sie bitte den entsprechenden Fragebogen bei.  
 nein  ja, welcher
- Sind Sie in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Wettfahrten, Motorsport, Flugsport, Tauchsport, Kampfsport, Bergsport, Pferdesport)? Falls ja, legen Sie bitte den entsprechenden Fragebogen bei.  
 nein  ja, welcher
- Beabsichtigen Sie **in den nächsten 12 Monaten** einen Aufenthalt von zusammengerechnet mehr als 3 Monate außerhalb der Europäischen Union?  
 nein  ja, wo, wann, wie lange

**9.2 Erklärungen zum Gesundheitszustand**

Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Beispielen um keine abschließende Aufzählung handelt. Wird eine der Fragen 2 bis 10 mit „ja“ beantwortet, sind auf der nächsten Seite nähere Angaben zu machen.

- Wie groß und wie schwer sind Sie? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

**Zeitlich unbefristete Fragen**

- Wurde bei Ihnen jemals eine **HIV-Infektion** festgestellt (positiver AIDS-Test) oder steht noch ein Testergebnis aus?  ja  nein
- Bestehen **Behinderungen** (auch angeborene) oder haben **Erkrankungen** oder **Unfälle** Folgen hinterlassen (falls erteilt, auch Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MDE] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] angeben)?  ja  nein
- Wurde bei Ihnen jemals eine **Krebserkrankung** (z.B. Leukämie, bösartiger Tumor, Lymphome) festgestellt?  ja  nein

**Zeitlich befristete Fragen**

- Haben **in den letzten 10 Jahren** Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder Aufenthalte in Entzugskliniken stattgefunden oder sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?  ja  nein
- Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Beschwerden**
- 1 der **Atmungsorgane** (z.B. Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Asthma, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe)?  ja  nein
- 2 des **Herzens** oder der **Kreislauforgane/Gefäße** (z.B. Bluthochdruck [Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Anämie)?  ja  nein
- 3 der **Nieren**, der **Harnwege** (z.B. Blut oder Eiweiß im Urin) oder der **Geschlechtsorgane** (z.B. krankhafte Veränderung der Prostata, der Gebärmutter)?  ja  nein
- 4 der **Verdauungsorgane** (z.B. Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Magen, Leber, auch Sodbrennen, Blut im Stuhl)?  ja  nein
- 5 des **Stoffwechsels** oder des **Hormonhaushaltes** (z.B. Diabetes, erhöhte Blutfettwerte [Cholesterin-, Triglyceriderhöhung etc.], Harnsäurerhöhung)?  ja  nein
- 6 der **Augen** (z.B. Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung, Kurz- oder Weitsichtigkeit [Wenn ja, Dioptrien angeben])?  ja  nein
- 7 des **Halses**, der **Nase** oder der **Ohren** (z.B. Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])?  ja  nein
- 8 des **Rückens**, des **Nackens** oder der **Schulter** (z.B. Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Schleudertrauma, Ischias)?  ja  nein
- 9 der **Knochen**, der **Gelenke**, der **Muskeln**, der **Sehnen** oder der **Bänder** (z.B. Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Fibromyalgie)?  ja  nein
- 10 der **Haut** (z.B. Allergie, Ekzeme, Neurodermitis, Akne, Psoriasis)?  ja  nein
- 11 der **Drüsen** (z.B. Schilddrüse), der **Milz** oder des **Blutes** (z.B. Gerinnungsstörung)?  ja  nein
- 12 des **Gehirns** (z.B. Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz), der **Nerven** (z.B. Epilepsie, Lähmung) oder des **Rückenmarks** (z.B. Multiple Sklerose, Myelitis)?  ja  nein
- 13 der **Psyche** (z.B. Depression, psychosomatische oder somatoforme Störung, Burn-out-Syndrom, Erschöpfungszustände, Schlafstörungen [mehr als 5-mal im Monat], Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom [ADS, ADHS])?  ja  nein
- 14 wegen **Infektionskrankheiten**, **Geschlechtskrankheiten** oder **Tropenkrankheiten** (z.B. Borreliose, Hepatitis, Herpes, Malaria)?  ja  nein
- 15 wegen **Tumore** oder **Gewebsneubildungen** (z.B. Adenom, Fibrom, Myom)?  ja  nein
- 16 wegen **Autoimmunerkrankungen** (z.B. Morbus Bechterew, Hashimoto-Thyreoiditis, Arthritis)?  ja  nein
- Nehmen oder nahmen Sie **innerhalb der letzten 5 Jahre** verschreibungspflichtige oder rezeptfreie Medikamente zusammenhängend länger als 1 Woche ein (hiervon ausgenommen sind Mittel zur Empfängnisverhütung, z.B. die Pille)?  ja  nein
- Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** mehr als 3 Wochen ununterbrochen **arbeitsunfähig**?  ja  nein
- Haben Sie **in den letzten 5 Jahren Drogen** (z.B. Cannabis, Heroin, Extasy, Crystal Meth) zu sich genommen (Tabakgenuss ist hier nicht anzugeben)?  ja  nein
- Werden oder wurden Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Folgen von **Alkoholgenuss** beraten oder behandelt oder leiden bzw. litten Sie **in den letzten 5 Jahren** an der **Alkoholkrankheit** (z.B. Alkoholabhängigkeit, Alkoholsucht)?  ja  nein
- Haben Sie **in den letzten zwölf Monaten geraucht** (z.B. Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife, elektronische Rauchgeräte, Shisha, E-Shisha bzw. Wasserpfeife)?  ja  nein

**Angabe Arzt/Therapeut**

- Welcher Arzt oder Therapeut (z.B. Psychologe, Physiotherapeut, Heilpraktiker) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?  
(Name, Adresse) \_\_\_\_\_

**Wurde eine der Fragen 2 bis 10 mit „ja“ beantwortet, sind hier nähere Angaben zu machen.**

Zu Frage Nr.:	Bezeichnung der Krankheit (Diagnose) bzw. Art der Beschwerden, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung, Untersuchung oder Operation	Beginn und Ende der Behandlung	Beginn und Ende der Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit	Name und Anschrift der Ärzte, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, anderen Therapeuten, Krankenhäuser, Sanatorien etc.	Behandlungs-, Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung?		
					nein	ja	Wenn ja, seit wann?

Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen 2 bis 10 nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschiedenen Beiblatt vor (wird Bestandteil des Antrages).  
 Beiblatt benutzt?  ja, Anzahl? \_\_\_\_\_

**Falls die zu versichernde Person gewisse Gesundheitsangaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der uniVersa Lebensversicherung a.G. unverzüglich in Textform anzuzeigen.**

Es werden gegenüber dem Vermittler bestimmte Gesundheitsangaben nicht gemacht und diese der uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg unverzüglich nach Antragstellung in Textform angezeigt.

**10 Weitere Absicherungen, Anträge und Angaben der zu versichernden Person**

1. Bestehen für Sie weitere Absicherungen bei Pflegebedürftigkeit, Berufs-, Erwerbs-, Dienstunfähigkeit oder sonstige alternative Invaliditätsdeckungen zur Absicherung der Arbeitskraft, z.B. Grundfähigkeitsrente, betriebliche Altersversorgung, private Vorsorge, Berufsständisches Versorgungswerk oder wurden entsprechende Anträge in den letzten 5 Jahren - auch gleichzeitig mit diesem Antrag - gestellt?  ja  nein

Wird die obengenannte Frage mit „ja“ beantwortet, sind hier nähere Angaben zu machen:

Versicherungsgesellschaft, Versorgungsträger etc.	Beginn	Art der Absicherung	Höhe der jährlichen Rente EUR

2. Bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 12.000 EUR (einschließlich aller bestehenden Absicherungen) wird zusätzlich nachfolgende Einkommensangabe benötigt.  
 Jährliches Brutto-Arbeitseinkommen innerhalb der letzten 12 Monate: \_\_\_\_\_ EUR  
 Bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 24.000 EUR (einschließlich aller bestehenden Absicherungen) ist zusätzlich der Fragebogen Beruf/Einkommen (Formular LVF-520) einzureichen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragssteller sowie die mitzuversichernde Person verpflichtet sind, uns alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel sowie zur Ergänzung oder Verifizierung Ihrer Angaben bzw. der versicherten Person im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich sein.

**11.1 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Die Regelung 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 uniVersa Lebensversicherung a.G. daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die uniVersa Lebensversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die uniVersa Lebensversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistenzdienstleister weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der nachfolgend genannten Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

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

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Erklärung abgeben können.

**1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die uniVersa Lebensversicherung a.G.**

*Ich willige ein, dass die uniVersa Lebensversicherung a.G. 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

Wir werden die erforderlichen Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen im jeweiligen Einzelfall bei Ihnen einholen.

### 2.2 Erklärung für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsabschluss für die uniVersa Lebensversicherung a.G. konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

*Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung wie folgt ein:*

Ich willige ein, dass die uniVersa Lebensversicherung a.G. – soweit es für die erneute Antragsprüfung oder für den Leistungsfall 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 uniVersa Lebensversicherung a.G. übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die uniVersa Lebensversicherung a.G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die uniVersa Lebensversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der uniVersa Lebensversicherung a.G.

Die uniVersa Lebensversicherung a.G. 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 uniVersa Lebensversicherung a.G. benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

*Ich willige ein, dass die uniVersa Lebensversicherung a.G. 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 uniVersa Lebensversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die uniVersa Lebensversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.*

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

Die uniVersa Lebensversicherung a.G. 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 der uniVersa Krankenversicherung a.G., der uniVersa Allgemeine Versicherung AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die uniVersa Lebensversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die uniVersa Lebensversicherung a.G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die uniVersa Lebensversicherung a.G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie auf Seite 8 von 10 unter Punkt 21. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.universa.de/datenschutz](http://www.universa.de/datenschutz) eingesehen oder bei Ihrem Betreuer oder der uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg, Telefon +49 911 5307-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die uniVersa Lebensversicherung a.G. Ihre Einwilligung.

*Ich willige ein, dass die uniVersa Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die uniVersa Lebensversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der uniVersa Krankenversicherung a.G., der uniVersa Allgemeine Versicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.*

#### 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die uniVersa Lebensversicherung a.G. 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 uniVersa Lebensversicherung a.G. 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 uniVersa Lebensversicherung a.G. 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 uniVersa Lebensversicherung a.G. 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 uniVersa Lebensversicherung a.G. 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 uniVersa Lebensversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.*

#### 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die uniVersa Lebensversicherung a.G. gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

*Ich willige ein, dass die uniVersa Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.*

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die uniVersa Lebensversicherung a.G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die uniVersa Lebensversicherung a.G. speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der uniVersa Lebensversicherung a.G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

*Ich willige ein, dass die uniVersa Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.*

Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungsklausel wurde von den obersten Aufsichtsbehörden für den Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich (Düsseldorfer Kreis) und dem Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) erarbeitet.

#### 11.2 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von genetischen Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die uniVersa Lebensversicherung a.G. erhebt und verwendet genetische Daten für die Lebensversicherung, die Berufsunfähigkeitsversicherung und die Pflegerentenversicherung nur, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart wird.

*Ich willige ein, dass die uniVersa Lebensversicherung a.G. für diesen Fall die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten genetischen Daten entsprechend meinen Einwilligungen zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten unter vorstehender Ziffer 11.1 erhebt, speichert und nutzt.*

#### 12 Bonitätsauskunft

Im Rahmen des Vertragsschlusses sowie der Vertragsdurchführung und -beendigung kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die Auskünfte über Ihr Zahlungsverhalten vorhalten (z.B. infoscore Consumer Data GmbH). Dafür kann es erforderlich sein, dass die uniVersa Lebensversicherung a.G. Ihre Angaben an diese Auskunftsteile übermittelt, um die erforderlichen Auskünfte zu erhalten und zu verarbeiten. Diese Auskünfte reichen von sog. harten Negativmerkmalen wie z.B. die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens, die Abgabe einer Eidesstattlichen Versicherung oder Zwangsvollstreckungsmaßnahmen, bis hin zu sog. weichen Negativmerkmalen wie z.B. die Beantragung eines Mahnbescheides, die Klageerhebung oder außergerichtliche Mahnung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Über Namen und Anschrift der im Einzelfall genutzten Auskunfterteile erteilen wir Ihnen auf Nachfrage gerne Auskunft. Sollte die nachfolgende Einwilligung nicht erteilt werden, kann es zur Begründung bzw. Durchführung des Vertrages notwendig sein, dass von Ihnen entsprechende Nachweise beigebracht werden, aus denen hervorgeht, dass Sie in geordneten wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Bei Durchführung bzw. Beendigung des Vertrages (z. B. Zahlungsverzug) ist zudem der Rückgriff auf eine gesetzliche Erlaubnis zur Einholung von Bonitätsauskünften möglich, so dass dann auch ohne Ihre Einwilligung die entsprechenden Auskünfte eingeholt werden dürfen.

*Ich willige ein, dass die uniVersa Lebensversicherung a.G. zum Zwecke des Vertragsschlusses sowie der Vertragsdurchführung und -beendigung meine Antrags-, Angebotsanforderungs- bzw. Vertragsdaten (z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift) – ohne Gesundheitsdaten – sowie nach § 203 StGB geschützte Daten an eine Auskunfterteil (z.B. infoscore Consumer Data GmbH) übermittelt, dort Daten über mein Zahlungsverhalten erhebt und für die vorgenannten Zwecke verarbeitet und nutzt. Insoweit entbinde ich die für die uniVersa Lebensversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.*

#### 13 Datennutzung und -verarbeitung für Werbezwecke

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung per Post für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der uniVersa Krankenversicherung a.G. und der uniVersa Allgemeine Versicherung AG sowie zur Markt- und Meinungsforschung verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos gegenüber der uniVersa Lebensversicherung a.G. widersprechen.

#### 14 Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Antragseinreichung über Vertriebsgesellschaften/Maklerpools

Vertriebsgesellschaften und Maklerpools können einem Versicherungsvermittler u.a. bei der Antragsabwicklung, der Betreuung und Verwaltung von Versicherungsverträgen (z.B. Erstellung von Courtageabrechnungen) unterstützen. Sollte der Antrag über eine Vertriebsgesellschaft oder einem Maklerpool eingereicht werden, erfolgt die Information hierüber durch den Sie betreuenden Versicherungsvermittler. Zur Begründung (Inhalt, Ausschlüsse, Risikozuschläge etc.), Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages benötigt auch die/der vom Vermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft/Maklerpool von der uniVersa Lebensversicherung a.G. Informationen zu vorgenannten Zwecken. Dazu gehören auch Ihre diesbezüglichen personenbezogenen Daten, sowie sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten, soweit dies für die Erfüllung der oben genannten Zwecke erforderlich ist. Für deren Weitergabe an die Vertriebsgesellschaft/den Maklerpool durch die uniVersa Lebensversicherung a.G. sowie die Datenweitergabe der Vertriebsgesellschaft/des Maklerpools an die uniVersa Lebensversicherung a.G. benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

*Ich willige ein, dass die uniVersa Lebensversicherung a.G. der/dem vom Versicherungsvermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool die von mir im Antrag und zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten, übermittelt, soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken erforderlich ist. Insoweit entbinde ich die für die uniVersa Lebensversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.*

*Gleichermaßen bin ich einverstanden, dass der Versicherungsvermittler die von mir im Antrag und zukünftig mitgeteilten personenbezogenen Daten, inklusive meiner Gesundheitsdaten, soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken erforderlich ist, an die vom Versicherungsvermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool weitergibt. Die bzw. der beauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool darf die übermittelten Daten zu den oben beschriebenen Zwecken sowie zur damit erforderlichen Kommunikation mit der uniVersa Lebensversicherung a.G. verwenden. Ferner willige ich ein, dass die/der vom Versicherungsvermittler beauftragte Vertriebsgesellschaft oder Maklerpool an die uniVersa Lebensversicherung a.G. meine personenbezogenen Daten, inklusive Gesundheitsdaten sowie nach § 203 StGB geschützten Daten übermitteln darf, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung meines Versicherungsvertrages erforderlich ist.*

#### 15 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von biometrischen Unterschriftendaten

Wird bei Antragstellung das elektronische Antragsverfahren eingesetzt, wird die elektronische Unterschrift für 3 Jahre gespeichert. Bei einer elektronischen Unterschrift werden als biometrische Daten die Schreibgeschwindigkeit, -richtung, der Andruck usw. gespeichert. Damit wir diese Daten verwenden dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

*Ich willige ein, dass die uniVersa Lebensversicherung a.G. meine biometrischen Unterschriftendaten erhebt, verarbeitet und nutzt, soweit dies für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.*

**16 Empfangsvollmacht der zu versichernden Person für das elektronische Antragsverfahren**

Wird eine Einwilligung im elektronischen Antragsverfahren eingeholt, wird der Erklärungsinhalt dem Betroffenen im Nachgang in Textform bestätigt. Die Bestätigung erfolgt – falls die zu versichernde Person nicht gleichzeitig Antragsteller/Versicherungsnehmer ist (im Folgenden „Antragsteller“) – auch für die zu versichernde Person durch die Übermittlung des Erklärungsinhalts an den Antragsteller. Eine gesonderte Bestätigung an die zu versichernde Person erfolgt nicht.

*Die zu versichernde Person erteilt dem Antragsteller Empfangsvollmacht betreffend den Erklärungsinhalt ihrer im elektronischen Verfahren abgegebenen Einwilligungen.*

**17 Wichtige Hinweise**

Dem Versicherungsvertrag liegen die für die jeweils abgeschlossenen Tarife geltenden Allgemeinen und Besonderen Versicherungs- und Tarifbedingungen des Versicherers zugrunde. Bevor Sie unterschreiben, lesen Sie bitte die gesonderte **Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht** auf Seite 10 sowie die **Erläuterungen und Hinweise** auf Seite 8. Diese enthalten unter anderem **Datenschutzhinweise/Informationen über die Betroffenenrechte** sowie Einwilligungen des Antragstellers und der zu versichernden Person; sie werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG sowie die Erläuterungen und Hinweise zum Inhalt dieses Antrages.

**18 Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 5 Satz 1 VVG**

**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 Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg bzw. bei Widerruf per E-Mail an: leben-antrag@universa.de. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: +49 911 5307-1236.

**Widerrufsfolgen**  
 Im Fall eines wirksamen Widerrufs endet Ihr 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 je nach Zahlungsweise bei einem monatlichen Beitrag um 1/30, bei vierteljährlichem Beitrag um 1/90, bei halbjährlichem Beitrag um 1/180 und bei jährlichem Beitrag um 1/360 des im Versicherungsschein genannten Beitrags pro Tag. Einen ggf. vorhandenen Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (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.

**Ende der Widerrufsbelehrung**

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, frühestens jedoch zum im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

**19 Empfangsbestätigung**

Ich habe die Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung LVB-\_\_\_\_\_ in der Fassung 01.20, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, die Verbraucherinformationen (Vertragsinformationen) sowie das Merkblatt Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten erhalten.

Datum der Aushändigung	Unterschrift Antragsteller

**20 Unterschrift(en) zur Antragstellung**

Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Stempel/Unterschrift Vermittler	Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahre, falls nicht Antragsteller Unterschrift gesetzliche Vertreter (bei Minderjährigen)

## Wichtige Erläuterungen und Hinweise

### 21 Dienstleister- und Empfängerliste

In der nachfolgenden Liste werden die Auftragnehmer, Dienstleister- und Empfänger bzw. Kategorien von Auftragnehmern, Dienstleistern und Empfängern einschließlich der übertragenen Aufgaben genannt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene und besondere Kategorien personenbezogener Daten, z. B. Gesundheitsdaten, und andere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten für die uniVersa Lebensversicherung a.G. verarbeiten. Die Liste schafft für Sie Transparenz über die Verarbeitung Ihrer Daten und insbesondere darüber, wer Ihre Daten zu welchem Zweck verarbeitet, da die uniVersa Lebensversicherung a.G. nicht sämtliche Datenverarbeitungen selbst vornimmt bzw. selbst vornehmen kann. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihre Daten an alle in der Liste genannten Auftragnehmer, Dienstleister bzw. Empfänger weitergegeben werden.

Grundlage der Dienstleister- und Empfängerliste sind die Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung, die Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct), denen die uniVersa Lebensversicherung a.G. zum 01.01.2014 beigetreten ist sowie die ab 25.05.2018 geltende Europäische Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

uniVersa Krankenversicherung a.G., uniVersa Allgemeine Versicherung AG (gemeinsame Datensammlung der Versicherten uniVersa Lebensversicherung a.G., uniVersa Allgemeine Versicherung AG und uniVersa Krankenversicherung a.G. bzgl. ihres Bestandsverwaltungssystems, Vertrieb, IT-Dienstleistungen), Datev e.G., Fidelity Information Services Kordoba GmbH (Druckdienstleistungen), Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG (Adressermittlung, Adressverifikation), GDV Dienstleistungs-GmbH & Co. KG (Datenübermittlungen an Dienstleister), Infoscore Consumer Data GmbH (Wirtschafts- bzw. Bonitätsauskünfte), uniVersa Lebensversicherung a.G. und deren Dienstleister (IT-Leistungen, z.B. Bereitstellung der technischen Infrastruktur, Wartung, Pflege, Tests), Verband der Vereine Creditreform e.V. (Wirtschafts- und Bonitätsauskünfte), Ärzte (Risikobeurteilung und Leistungsfallprüfung), Dienstleister für die Außenregulierung (Leistungsfallbearbeitung in der Berufsunfähigkeits(zusatz)- und Sterbefallversicherung), Dienstleister für die Gutachterausswahl und -erstellung (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten; Auswahl von Gutachtern; Qualitätsmanagement von Gutachten), Drittschuldner (Lohn- oder Gehaltspfändung, im Falle von Zahlungsverzug), Entsorgungsdienstleister (Vernichtung von Dokumenten und sonstigen Datenträgern (Festplatten etc.)), Finanz-/Aufsichtsbehörden (Meldungen und Abgaben, Prüfungen gem. gesetzlicher Anforderungen), Finanzinstitute (Geldverkehr), Gutachter (Risiko- und Leistungsfallprüfung), Insolvenzverwalter (Insolvenzfälle), IT-Unternehmen (Wartung/Pflege von Hard- und Software etc.), Private Lebensversicherungsunternehmen/Bausparkassen (Vor- und Nachversichererfragen), Recherchedienstleister (Auskunfts- und Recherchedienstleistungen in der Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung in Betrugsfällen), Rechtsanwälte (Prozessführung/Gerichtliche Geltendmachung rückständiger Beitragsforderungen), Reha-Management-Dienstleister (Hilfs- und Beratungsleistungen zur beruflichen Rehabilitation/Wiedereingliederung in der Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung), Rückversicherer (Rückversicherungsgeschäft (Monitoring/Revision/Schadenregulierung)), Wirtschaftsprüfer (Buchprüfung (Jahresabschluss)).

### 22 Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Die uniVersa Krankenversicherung a.G., die uniVersa Lebensversicherung a.G. und die uniVersa Allgemeine Versicherung AG sind den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft, dem Code of Conduct (CoC), beigetreten. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter [www.universa.de/datenschutz](http://www.universa.de/datenschutz) abrufen können.

**Ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zustehenden Rechte finden Sie in dem Merkblatt „Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten“. Auch stehen sie Ihnen im Internet unter [www.universa.de/ds-info](http://www.universa.de/ds-info) immer in der aktuellen Fassung zur Verfügung.**

**Sofern Sie es wünschen, erhalten Sie die Informationen auch in Papierform.**

### 23 Kopie

Eine Kopie des Versicherungsantrages wird mir auf Wunsch unverzüglich zur Verfügung gestellt.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

uniVersa Lebensversicherung a.G.  
Sulzbacher Straße 1-7  
90489 Nürnberg  
Postanschrift: 90333 Nürnberg

Telefon: +49 911 5307-0  
Telefax: +49 911 5307-1236  
[www.universa.de](http://www.universa.de)  
[info@universa.de](mailto:info@universa.de)

Sitz der Gesellschaft: Nürnberg  
Registergericht Nürnberg, HRB 355  
Aufsichtsrat: Prof. Hubert Karl Weiler (Vors.)  
Vorstand: Michael Baulig (Vors.),  
Werner Gremmelmaier, Frank Sievert

Steuer-Nr. 241/101/00163  
Commerzbank AG Nürnberg  
IBAN: DE42 7608 0040 0201 6977 00  
BIC: DRESDEFF760

## Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz für Berufsunfähigkeitsversicherungen

### § 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Haben Sie eine Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufsunfähigkeit ein, so gilt:

- a) Eine Berufsunfähigkeitsrente zahlen wir nur, wenn uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist und eine Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt worden ist.
- b) Eine gegebenenfalls beantragte Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente sowie Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit sind im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes nicht versichert.

In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufsunfähigkeit spätestens mit dem Ablauf der für die Berufsunfähigkeitsversicherung beantragten Versicherungsdauer.

Für den Begriff der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit wird allein auf die Definition in § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung ExklusivSBU18 bzw. § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung PremiumSBU18 abgestellt. Die in der Besonderen Vereinbarung für Beamte des öffentlichen Dienstes und Richter bei allgemeiner Dienstunfähigkeit sowie der Besonderen Vereinbarung zum Versicherungsschutz bei Polizeidienstunfähigkeit enthaltenen Definitionen der Berufsunfähigkeit finden im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes keine Anwendung.

(2) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes leisten wir bei Berufsunfähigkeit maximal eine Höchstrente von 12.000 EUR jährlich.

Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn höhere Leistungen von Ihnen beantragt oder mehrere Anträge für dieselbe versicherte Person bei uns gestellt worden sind. Bei mehreren Anträgen für dieselbe versicherte Person bzw. bei mehreren Bezugsberechtigten erfolgt eine anteilige Kürzung der Leistungen.

### § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrages liegt und
- b) uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt oder der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt worden ist und
- c) Sie das Zustandekommen der Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben und
- d) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt.

### § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht, spätestens jedoch mit dem dritten Tag nach der Unterzeichnung des Antrages.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung oder einem weiteren Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz begonnen hat. Dies gilt auch, wenn der Hauptvertrag oder der weitere Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer abgeschlossen wurde. In diesem Fall haben Sie uns unverzüglich den Vertragsschluss mitzuteilen.
- b) Der vorläufige Versicherungsschutz endet zudem, wenn Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben oder
- c) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben oder
- d) der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
- e) Der vorläufige Versicherungsschutz endet zudem, wenn Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs.1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben.

(3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

### § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor ihrer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

### § 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrages. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstrente gemäß § 1 Abs. (2). Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

### § 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts Anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

(2) Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

zur Beurteilung des zu versichernden Risikos ist es notwendig, dass Sie die Ihnen gestellten 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 uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7 in 90489 Nürnberg schriftlich nachzuholen.

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

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Für den Fall, dass Sie bereits den Abschluss des Vertrages beantragen, beachten Sie bitte, dass, wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet sind.

### 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. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

#### 2. Kündigung

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

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

#### 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 fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf eine Vertragsänderung.

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

#### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte 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.