

# Eagle Star Krankheits-Schutzbrief

---

Der Hauptzweck dieser Versicherung  
ist Versicherungsschutz im Fall  
schwerer Erkrankungen und im Todesfall.

**Zurich Life Assurance plc**

Zurich House, Frascati Road, Blackrock, Co. Dublin, Irland

Telefon: 0800 1802 392 (für Sie kostenlos aus dem deutschen Festnetz)

Telefax: 0800 1844 880 (für Sie kostenlos aus dem deutschen Festnetz)

Internet: [www.zurich-irland.de](http://www.zurich-irland.de)

Zurich Life Assurance plc unterliegt der Aufsicht der Central Bank of Ireland. Die Central Bank of Ireland erfüllt sowohl die Aufgaben der Zentralbank als auch der Finanzaufsichtsbehörde.

# Eagle Star Krankheits-Schutzbrief

## Antrag



Name der Agentur	<input type="text"/>	Produkt-Code	<b>RD</b>
Name des Vermittlers	<input type="text"/>	Vermittler-Code	<input type="text"/>
Online-Referenznummer	<input type="text"/>		

**Hinweis!** Jede Änderung muss vom Antragsteller bescheinigt werden! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

### 1 Antragsteller/Versicherungsnehmer

Anrede  Herr  Frau  Firma

Name bzw. Firmenbezeichnung  Vorname  Titel\*

Straße, Hausnummer  PLZ, Ort

Staatsangehörigkeit  Geburtsdatum  Geburtsort\*  Geburtsname\* (falls anders lautend)

Geschlecht  m  w Familienstand\*  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

berufliche Tätigkeit  Branche\*

Angestellte(r)  Beamter(in)  öffentlicher Dienst  Arbeiter(in)  Freiberufler(in)/Selbstständige(r)  Sonstige

Telefon – privat\*  Telefon – geschäftlich\*  Mobil\*  E-Mail-Adresse\*

Die mit \* markierten Angaben sind freiwillig.

**Zu versichernde Person(en)**

**1. zu versichernde Person (1. VP)**  
(falls abweichend vom Antragsteller)

Anrede  Herr  Frau

Name

Vorname  Titel\*

Straße, Hausnummer  PLZ, Ort

Staatsangehörigkeit  Geburtsdatum

Geburtsort\*  Geburtsname\* (falls anders lautend)

Geschlecht  m  w

Familienstand\*  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

berufliche Tätigkeit  Branche\*

Angestellte(r)  Beamter(in)  öffentlicher Dienst  Arbeiter(in)  Freiberufler(in)/Selbstständige(r)  Sonstige

Telefon – privat\*  Telefon – geschäftlich\*

Mobil\*  E-Mail-Adresse\*

Die mit \* markierten Angaben sind freiwillig.

**2. zu versichernde Person (2. VP)**

Anrede  Herr  Frau

Name

Vorname  Titel\*

Straße, Hausnummer  PLZ, Ort

Staatsangehörigkeit  Geburtsdatum

Geburtsort\*  Geburtsname\* (falls anders lautend)

Geschlecht  m  w

Familienstand\*  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

berufliche Tätigkeit  Branche\*

Angestellte(r)  Beamter(in)  öffentlicher Dienst  Arbeiter(in)  Freiberufler(in)/Selbstständige(r)  Sonstige

Telefon – privat\*  Telefon – geschäftlich\*

Mobil\*  E-Mail-Adresse\*

Die mit \* markierten Angaben sind freiwillig.

Wenn die zu versichernde(n) Person(en) und der Antragsteller nicht miteinander verheiratet sind bzw. der Antragsteller eine juristische Person ist, nennen Sie bitte den Grund für die Antragstellung:

### 2 Angaben des Antragstellers gemäß Geldwäschegesetz

■ zur Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten – stets erforderlich –

Ich handle auf eigene Veranlassung.

Ich handle auf Veranlassung eines Dritten:

Name, Vorname  Geburtsdatum  Straße, Hausnummer  PLZ, Ort

■ wenn der Antragsteller eine natürliche Person ist:

Personalausweis-Nr.  Reisepass-Nr. ausgestellt am \_\_\_\_\_ Ausstellungsbehörde \_\_\_\_\_ gültig bis (Ablaufdatum) \_\_\_\_\_

Das Ausweisdokument lag im Original vor.

Die Kopie des o. g. Ausweisdokumentes (Vorder- und Rückseite) wurde dem Antrag beifügt.

**Hinweis:** Wir sind als Versicherer gesetzlich verpflichtet, eine Kopie des Ausweisdokumentes zu archivieren.

■ wenn der Antragsteller eine juristische Person ist, bitte das Zusatzformular „Aufzeichnungen gemäß Geldwäschegesetz für juristische Personen/Personengesellschaften“ ausgefüllt beifügen:

Der Registerauszug, der Gesellschaftsvertrag, die Satzung oder sonstige beweiskräftige Dokumente des Antragstellers wurden dem Antrag beifügt.

■ wenn eine andere Person für den Antragsteller auftritt:

Eine Kopie des vorgelegten Ausweisdokumentes (Vorder- und Rückseite) wurde dem Antrag beifügt.

Die Berechtigung zur Vertretung des Antragstellers wurde geprüft und ein Nachweis liegt dem Antrag bei.

**Politisch exponierte Person (PEP)\***

Der Antragsteller oder ein etwaiger wirtschaftlich berechtigter Dritter oder ein Bezugsberechtigter ist eine „Politisch exponierte Person“ (PEP),  ja  nein ein naher Angehöriger einer PEP oder eine einer PEP bekanntermaßen nahestehende Person.

\* Person, die ein wichtiges öffentliches Amt ausübt oder ausgeübt hat, deren unmittelbare Familienmitglieder sowie ihr bekanntermaßen nahestehende Personen.

Falls zutreffend, bitte das Zusatzformular „Gesonderte Erklärung „Politisch exponierte Person“ (PEP)“ ausgefüllt beifügen!

**3 SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: IE43ZZZ992829

Ich/Wir ermächtige(n) Zurich Life Assurance plc, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Zurich Life Assurance plc auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich/Wir kann/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.

Zurich Life Assurance plc wird die Zahlungen jeweils am ersten\* Tag desjenigen Monats abbuchen, in dem die Fälligkeit der jeweiligen Zahlung liegt.

Die rechtlichen Bestimmungen der Single Euro Payment Area (SEPA) sehen generell eine Vorankündigungsfrist von 14 Kalendertagen vor

• der Abbuchung einer Zahlung von meinem Konto oder (bei regelmäßigen Zahlungen)

• der Änderung des Abbuchungsbetrages oder der Kontodaten

vor; eine kürzere Frist kann vereinbart werden. Zurich Life Assurance plc arbeitet grundsätzlich mit einer drei-Tages-Frist. Diese Fristverkürzung

beeinträchtigt nicht meine vorstehend beschriebenen Rechte. Mit der Unterzeichnung dieses Mandates stimme ich der Vorankündigungsfrist von drei Tagen vor Abbuchung von meinem Konto zu.

IBAN (IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder Ihrer EC-Karte; die deutsche IBAN ist immer 22 Stellen lang)

BIC

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts

Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Wenn Kontoinhaber abweichend vom Antragsteller:**

(Sofern zwischen Kontoinhaber und Antragsteller kein Ehe-, Lebenspartnerschafts- oder Verwandtschaftsverhältnis besteht, ist der Kontoinhaber gemäß GWG zu identifizieren. Bitte Nachweise einreichen – z. B. Ausweiskopie, Kopie des Handelsregisterblatts.)

Postleitzahl, Ort, Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_



Unterschrift/en des/der Kontoinhaber/s

\_\_\_\_\_

\* alternativ kann auch der 15. eines Monats vereinbart werden.

**4 Empfänger der Versicherungsleistungen (widerruflich Bezugsberechtigter) nur eine Option möglich**

Für Leistungen bei Erkrankung eines mitversicherten Kindes gilt ein unwiderrufliches Bezugsrecht zu Gunsten des betroffenen Kindes. Für die Leistung bei Tod eines mitversicherten Kindes gilt ein unwiderrufliches Bezugsrecht zu Gunsten der Erben des verstorbenen Kindes. Wird unter Punkt 7 dieses Antragsformulars (Besondere Vereinbarungen) nichts Abweichendes verfügt, erhält der Versicherungsnehmer alle anderen aus dem Vertrag zu zahlenden Leistungen mit Ausnahme einer Todesfallleistung für den Fall seines eigenen Todes, wenn Versicherungsnehmer und versicherte Person identisch sind. Diese Todesfallleistung erhält

der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Partner

oder

die nachstehend benannte Person (bitte nachstehend ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5 Allgemeine Produktmerkmale**

**Grundbaustein**

Krankheits-Schutzbrief

Erweiterter Krankheits-Schutzbrief

**Absicherungsvarianten**

Einzelleben

verbundene Leben

DUAL

**Versicherungsdauer und -beginn**

Versicherungsdauer<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Jahre

<sup>1</sup> Die Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer sind bei diesem Vertrag identisch. Mindestlaufzeit – 2 Jahre; maximale Laufzeit – der geringere Wert aus 40 Jahren und 75 Jahren abzüglich des nächstliegenden Alters bei Versicherungsbeginn (der älteren zu versichernden Person).

Gewünschter Versicherungsbeginn   \_\_\_\_\_

Falls die Versicherung später als beantragt beginnt, wird der Versicherungsbeginn auf den ersten des Monats gelegt, in dem der Versicherungsschein ausgestellt wird.

## Leistungen

Versicherungssumme(n)

– bei schwerer Erkrankung

– bei Tod (Krankheits-Schutzbrief)

– bei Tod (erweiterter Krankheits-Schutzbrief)

1. VP

€

€ 5.000,-

€

2. VP

€

€ 5.000,-

€

## Zusatzbausteine

Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit

ja  nein

ja  nein

Der Versicherungsschutz aus diesem Zusatzbaustein endet spätestens mit dem 67. Geburtstag der versicherten Person.

Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit:

ja  nein

ja  nein

Der Versicherungsschutz aus diesem Zusatzbaustein endet spätestens mit dem 67. Geburtstag der versicherten Person.

Ist der Abschluss der Zusatzbausteine „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit“ und/oder „Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit“ nach erfolgter Risikoprüfung nicht möglich, halte ich diesen Versicherungsantrag trotzdem aufrecht.

ja  nein

ja  nein

Verlängerungsoption:

ja  nein

Bei Einzelverträgen sowie bei Verträgen auf verbundene Leben bitte nur „1. VP“ ausfüllen. Bei DUAL bitte beide ausfüllen.

## Dynamik

Der Beitrag erhöht sich jährlich um 5% und die Versicherungssumme jährlich um 3%.

Die Dynamik ist automatisch im Vertrag bis zum Alter von 66 (nächstliegender Geburtstag) eingeschlossen.

Falls diese Option **NICHT** gewünscht wird, bitte hier ankreuzen.

Die Dynamik erstreckt sich auf beide zu versichernde Personen bei DUAL und bei Verträgen auf verbundene Leben. Diese Option erlischt automatisch mit Erreichen des 67. Lebensjahres (bezieht sich auf das Alter der älteren zu versichernden Person bei verbundene Leben bzw. auf das jeweilige Alter der zu versichernden Personen bei DUAL).

Wird die Dynamikoption gewählt, erhöhen sich Beitrag und Versicherungssumme ab dem 2. Versicherungsjahr jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Diese Erhöhungen können vom Versicherungsnehmer jedoch auch abgelehnt werden.

## 6 Angaben zur Beitragszahlung

### Zahlungsweise

monatlich

vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

Beitrag 1. VP

€

Beitrag 2. VP

€

Gesamtbeitrag

€

Bei DUAL-Verträgen bitte die Beiträge für die 1. und 2. zu versichernde Person sowie den Gesamtbeitrag angeben.

Bei Einzelverträgen oder Verträgen auf verbundene Leben bitte nur den Gesamtbeitrag angeben.

### Beitragszahlung/Kontoverbindung

Ihr Kundenbetreuer/Vermittler ist nicht berechtigt Beiträge für die beantragte Versicherung entgegenzunehmen.

Etwasige Beitragszahlungen werden nach Annahme des Antrages von der Zurich Life Assurance plc per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen.

## 7 Besondere Vereinbarungen

## 8 Bestätigung über den Erhalt von Verbraucherinformationen

Damit Sie die wesentlichen Vertragsmerkmale der von Ihnen gewünschten Versicherung vor Abgabe der Willenserklärung prüfen können, wurden Ihnen die nachfolgend aufgeführten Informationsunterlagen in Textform überlassen:

1) **Persönlicher Vorschlag und Produktionsinformationsblatt** in der Fassung .....  als Papier  als Datei ..... S | I / | | | |

2) **Verbraucherinformationen** in der Fassung .....  als Papier  als Datei ..... S | I / | | | |

**Die für Ihren Vertrag maßgeblichen Versicherungsbedingungen finden Sie in den Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformationen.**

### Rechtzeitiger Erhalt der Informationsunterlagen

Bedenken Sie, dass Sie mit dem Abschluss dieser Versicherung eine langfristige Bindung eingehen. Deshalb sieht der Gesetzgeber vor, dass Ihnen die oben aufgeführten Unterlagen **rechtzeitig** vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung überlassen werden. Sie bestimmen dabei, was für Sie rechtzeitig bedeutet. Wenn Sie eine weitere Beratung wünschen, vereinbart Ihr Vermittler gerne einen weiteren Termin mit Ihnen.

**Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die oben genannten Unterlagen – entsprechend Ihren persönlichen Bedürfnissen – rechtzeitig erhalten haben.**

Datum



Unterschrift des Antragstellers

## 9 Hinweise auf Schweigepflichtentbindung/Einwilligung und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die auf Seite neun stehende Schweigepflichtentbindungserklärung. Sie ist wichtiger Bestandteil dieses Vertrages. Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift die Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis. Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle hier beantragten Versicherungen.

## 10 Unterschriften

Bitte lesen Sie die oben stehenden Erklärungen sorgfältig. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie diese zum Inhalt Ihres Antrags.

**Mit unten stehender Unterschrift bestätigen Sie, dass das Kundengespräch, der Verkauf der Versicherung und die Unterschrift des Antrags in Deutschland erfolgt sind. Erhalten wir Anträge, für die das Kundengespräch, der Verkauf oder die Unterschrift außerhalb von Deutschland erfolgt sind, so kann dieser Antrag nicht angenommen werden.**

Ort, Datum



Unterschrift des Antragstellers



Unterschrift der 1. zu versichernden Person  
(falls abweichend vom Antragsteller)



Unterschrift der 2. zu versichernden Person



Unterschrift des Vermittlers

Ich bestätige, dem Antragsteller eine Kopie des Antrags ausgehändigt zu haben.

IHK-Registernummer

## 11 Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung

(Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Bitte geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der

Zurich Life Assurance plc

Zurich House

Frascati Road

Blackrock

Co. Dublin

Irland

in Textform 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 entnehmen Sie bitte der nachstehenden Information.

### 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.

### Was passiert, wenn Sie falsch antworten?

Wenn Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung, bzw. auch danach bis Vertragsschluss, falsche Angaben zu gefahrerheblichen Umständen machen, nach denen wir Sie ausdrücklich in Textform gefragt haben, können wir – ggf. auch noch nach längerer Zeit – vom Vertrag zurücktreten, kündigen oder den Vertrag anpassen. Das kann unter Umständen sogar zur Folge haben, dass wir keine Versicherungsleistungen erbringen müssen, auch wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.

### Im Einzelnen gilt bei Verletzungen der Anzeigepflicht Folgendes:

#### • 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 vorliegen.

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.

Wird die Versicherung aufgrund von Rücktritt aufgehoben, erlischt die Versicherung; ein Rückkaufswert ist nicht auszahlbar. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

#### • Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, sind wir berechtigt, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

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

Kündigen wir die Versicherung, erlischt die Versicherung; ein Rückkaufswert ist nicht auszahlbar. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

#### • Rückwirkende Vertragsanpassung

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 rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Legen wir dar, und beweisen wir, dass wir den Vertrag nur mit einem Risikoausschluss wegen des nicht angezeigten Umstands abgeschlossen hätten, und verlangen wir eine solche Vertragsanpassung rechtzeitig innerhalb der Monatsfrist, entfällt der Versicherungsschutz rückwirkend, wenn der Versicherungsfall auf dem nicht oder falsch angezeigten Umstand beruht.

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 über die Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht weisen wir Sie in unserer Mitteilung hin.

#### • Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung 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 und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von 5 Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

#### • 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 Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl 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.

## 12 Gesundheits- und sonstige Angaben

### Erklärung der zu versichernden Person(en)

Ihr Versicherungsvermittler berät Sie in Vorsorgefragen. Unsere Antragsprüfer bewerten Ihre Risiko- und Gesundheitsangaben. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Zurich Life Assurance plc vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern.

**Beachten Sie hierzu – bevor Sie die nachfolgenden Fragen beantworten – unbedingt die vorstehende „Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung“.**

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, holen Sie bitte unverzüglich und unmittelbar in Textform gegenüber Zurich Life Assurance plc nach. Falls solche zusätzlichen Angaben folgen, bitte unter „Besondere Vereinbarungen“ vermerken.

**Bitte beachten Sie außerdem den „Hinweis zum Gen-Diagnostik-Gesetz (GenDG)“, den Sie auf Seite elf des Antrages finden.**

Bereits vorgenommene genetische Untersuchungen oder Analysen sind grundsätzlich nicht anzugeben. Wenn jedoch der Gentest im Rahmen der Diagnose über bestehende Erkrankungen oder über Vorerkrankungen eingesetzt wurde, sind uns im Rahmen Ihrer Kenntnisse uneingeschränkt immer Angaben zu machen, soweit wir danach fragen (z. B. Frage nach Untersuchungen).

Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann im Rahmen der Risikoprüfung ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

### Nichtrauchererklärung

Haben Sie in den letzten 12 Monaten **Zigaretten** geraucht? 1. VP  ja  nein 2. VP  ja  nein

Bei Nichtbeantwortung dieser Frage wird der Raucherarif zugrunde gelegt.

### Gesundheitserklärung der zu versichernden Person(en)

Wenn Sie eine oder mehrere der unten genannten Fragen mit JA beantworten, machen Sie bitte folgende Angaben: Datum und genaue Bezeichnung der Diagnose, erfolgte Behandlung, Angaben zu evtl. Rückfällen und ob die Erkrankung vollständig ausgeheilt ist als auch Angaben zum behandelnden Arzt (Name, Anschrift). Falls notwendig, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt für zusätzliche Informationen.

1. Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an:

1.1 Größe: ..... 1. VP  cm 2. VP  cm  
 1.2 Gewicht: .....  kg  kg

2.1 Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht oder Nikotin konsumiert? **Wenn JA**, geben Sie bitte Ihren durchschnittlichen täglichen Konsum an und ob es sich dabei um Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife, E-Zigarette, E-Pfeife, Shisha oder Wasserpfeife handelt. ....  ja  nein  ja  nein

1. VP

2. VP

2.2 Trinken Sie Alkohol? **Wenn JA**, geben Sie bitte Ihren durchschnittlichen wöchentlichen Konsum an und um welche Alkoholika es sich handelt. ....  ja  nein  ja  nein

1. VP

2. VP

### Die folgenden Gesundheitsfragen beziehen sich auf Gegebenheiten der letzten 5 Jahre.

3. Werden Sie derzeit oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründen durch Ärzte, Psychologen, Psycho- oder Physiotherapeuten, Heilpraktiker oder in Krankenhäusern (auch ambulant) beraten, untersucht, und/oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten, aber nicht durchgeführt oder warten Sie auf Ergebnisse von Untersuchungen oder haben Sie Symptome, für die Sie noch keinen ärztlichen Rat gesucht haben?

#### 3.1 Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen

1. VP 2. VP

a) des Herzens oder der Kreislauforgane (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzklappenfehler, koronare Herzkrankheit, Kardiomyopathie, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Embolie, Thrombose, Schlaganfall, Hirnblutung)? .....  ja  nein  ja  nein  
 Sollten Sie an Bluthochdruck erkrankt sein, so geben Sie bitte den aktuellsten Blutdruckwert und das Datum der Messung an:

1. VP

2. VP

- b) des Gehirns und des Nervensystems (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Sehnerventzündung, Parkinson, Alzheimer, Lähmungen, Migräne, Kopfschmerz, Sensibilitätsstörungen, Schwindel, Ohnmacht)? .....  ja  nein  ja  nein
- c) gut-/böartige Neubildungen (Krebs, Tumorerkrankungen, wie z. B. Brustkrebs, Darmkrebs, Darmpolypen, Schilddrüsenknoten, Morbus Hodgkin, Leukämien, Zysten)? .....  ja  nein  ja  nein
- d) der Psyche (z. B. Depression, Angststörungen, Essstörungen, Psychosen, Schizophrenie, Suizidversuche)? .....  ja  nein  ja  nein
- e) der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Allergien)? .....  ja  nein  ja  nein
- f) der Verdauungsorgane, der Leber, der Galle und der Bauchspeicheldrüse (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Refluxösophagitis, Fettleber, Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Leberzirrhose, Gallensteine)? .....  ja  nein  ja  nein
- g) der Nieren, der Harnwege, der Prostata und der Unterleibsorgane (z. B. Steine, Entzündungen, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiwweiß im Urin, Prostataentzündung, Eierstockentzündung, kontrollbedürftiger gynäkologischer Befund)? .....  ja  nein  ja  nein
- h) des Stoffwechsels und der Drüsen (z. B. Diabetes, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? .....  ja  nein  ja  nein
- i) der Haut (z. B. Neurodermitis, Psoriasis, Schmetterlingsflechte, auffällige Muttermale/Leberflecke)? .....  ja  nein  ja  nein
- j) des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder (z. B. Morbus Bechterew, Skoliose, Arthrose, Arthritis, Rheuma, Fibromyalgie)? .....  ja  nein  ja  nein
- k) der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dpt., Hornhaut- oder Netzhauterkrankung, Grauer oder Grüner Star)? .....  ja  nein  ja  nein
- l) der Ohren (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Schwindel, Gleichgewichtstörungen)? .....  ja  nein  ja  nein
- m) des Blutes (z. B. Anämie, Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit)? .....  ja  nein  ja  nein

3.2 Infektionskrankheiten (z. B. HIV Infektion/AIDS, Hepatitis B oder C, Tuberkulose, Borreliose, Hirnhautentzündung)? .....  ja  nein  ja  nein

4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren:

4.1 Behandlungen aufgrund von Alkoholabhängigkeit oder anderen Suchterkrankungen erhalten oder ist Ihnen von einem Arzt empfohlen worden, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren oder wurden erhöhte Leberwerte diagnostiziert? .....  ja  nein  ja  nein

4.2 Drogen und/oder Medikamente aus anderen als medizinischen Gründen genommen? .....  ja  nein  ja  nein

**Die folgenden Gesundheitsfragen beziehen sich auf Gegebenheiten der letzten 10 Jahre.**

5. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig, also über einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen hinweg Medikamente ein oder befinden Sie sich zurzeit unter ärztlicher Beobachtung? .....  ja  nein |  ja  nein
6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen über die bisher gemachten Angaben hinaus körperliche oder psychische Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, wegen denen Sie in den letzten 10 Jahren stationär durch Ärzte, Krankenhäuser, Psychologen oder Psychotherapeuten beraten, behandelt oder untersucht bzw. operiert wurden oder wurden Operationen oder Krankenhausaufenthalte angeraten, aber nicht durchgeführt? .....  ja  nein |  ja  nein

**Bitte geben Sie hier Einzelheiten zu den Fragen 3 bis 6 an, wenn bejaht.**

Bitte geben Sie alle im jeweiligen Fragezeitraum liegenden Beeinträchtigungen, Erkrankungen, Gesundheits- oder Funktionsstörungen, Behandlungen, Operationen, stationäre Aufenthalte etc. an mit näheren Einzelheiten zur Behandlung bzw. dem Behandlungserfolg.

Was lag oder liegt vor und wie wurden oder werden Sie behandelt?	Von – bis	Ggf. Arzt, Behandler bzw. Krankenhaus etc. angeben, bei dem wir Informationen einholen und Einsicht in die medizinischen Unterlagen nehmen können (Name, Anschrift)	Welche Beschwerden bestehen derzeit noch?
1. VP			
2. VP			

**Vorversicherungen und besondere Gefährdungen**

1. VP    2. VP

- 7.1 Bestehen auf Ihr Leben weitere Lebensversicherungen und/oder Schwere-Krankheiten-Versicherungen oder werden solche zurzeit bei anderen Versicherern beantragt? .....  ja  nein |  ja  nein

**Wenn JA**, machen Sie bitte genaue Angaben zum Versicherungsunternehmen und nennen Sie die Höhe der Versicherungssumme.

1. VP

\_\_\_\_\_

2. VP

\_\_\_\_\_

- 7.2 Haben Versicherungsunternehmen in den letzten 5 Jahren Erschwerungen (z. B. Risikozuschlag, Ausschlussklausel) verlangt bzw. den Antrag abgelehnt oder zurückgestellt oder ist über einen gestellten Antrag noch nicht endgültig entschieden? .....  ja  nein |  ja  nein

**Wenn JA**, machen Sie bitte genaue Angaben, wann dies erfolgte und von welchen Versicherungsunternehmen.

1. VP

\_\_\_\_\_

2. VP

\_\_\_\_\_

8. Sind Sie besonderen Gefährdungen ausgesetzt beruflich oder privat (z. B. Umgang mit Sprengstoffen, Waffen, radioaktiven Stoffen/Strahlen oder Aufenthalt in Krisengebieten), bei Sport oder Hobby, z. B. Klettern oder Bergsteigen, Höhlenwandern, Motor- oder Flugsport, Kampfsport, Extremsportarten (z. B. Bungee- oder Base Jumping, Wingsuitspringen, Rooftopping), Teilnahme an oder Training für Gerätetauchen? .....  ja  nein |  ja  nein

**Wenn JA**, bitte hier Einzelheiten angeben.

1. VP

\_\_\_\_\_

2. VP

\_\_\_\_\_

9. Sind innerhalb der nächsten 12 Monate Auslandsaufenthalte außerhalb der EU von mehr als 3 Monaten geplant? .....  ja  nein |  ja  nein

**Wenn JA**, bitte hier Einzelheiten angeben (z. B. Reiseziel, Beginn und Dauer des geplanten Aufenthaltes).

1. VP

\_\_\_\_\_

2. VP

\_\_\_\_\_

10. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 zusammenhängende Monate außerhalb der EU auf Reisen oder wohnhaft (Reisen in die USA, Kanada, Australien oder Neuseeland müssen nicht angegeben werden) .....  ja  nein |  ja  nein

**Wenn JA**, bitte hier Einzelheiten angeben (z. B. Ort, Dauer, Grund für Auslandsaufenthalt).

1. VP

\_\_\_\_\_

2. VP

\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift Ihres Hausarztes an, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist, sowie seit wann Sie bei diesem in Behandlung sind:

**1. VP**

kein Hausarzt vorhanden

Name des Arztes  
\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer  
\_\_\_\_\_

PLZ, Ort  
\_\_\_\_\_

Seit wann?  Jahre

Sollten Sie Ihren Hausarzt in den letzten 12 Monaten gewechselt haben, geben Sie bitte auch Ihren vorherigen Hausarzt an:

Name des Arztes  
\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer  
\_\_\_\_\_

PLZ, Ort  
\_\_\_\_\_

**2. VP**

kein Hausarzt vorhanden

Name des Arztes  
\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer  
\_\_\_\_\_

PLZ, Ort  
\_\_\_\_\_

Seit wann?  Jahre

Name des Arztes  
\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer  
\_\_\_\_\_

PLZ, Ort  
\_\_\_\_\_



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

Mir ist bekannt, dass Zurich Life Assurance plc (nachstehend „Zurich Life“ genannt), bei der ich einen Antrag stelle, ihren Sitz in Irland hat und meine Daten dort bearbeitet. Ich willige darüber hinaus ein, dass meine Daten auch in Deutschland verarbeitet werden.

Der nachfolgende Text beruht auf der 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmten Einwilligungs-/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 Zurich Life daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt Zurich Life Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt Zurich Life 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. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister oder Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

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

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

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch Zurich Life

Ich willige ein, dass Zurich Life 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 Zurich Life 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 sie erforderlich ist. Zurich Life benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB 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:

1. VP  2. VP

Ich willige ein, dass Zurich Life – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, Sozialversicherungsträgern, gesetzlichen sowie privaten 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 Zurich Life übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch Zurich Life an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für Zurich Life 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.

#### oder

#### Möglichkeit II:

1. VP  2. VP

Ich wünsche, dass mich Zurich Life in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

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

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 für Zurich Life konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

### 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 Zurich konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I:

1. VP  2. VP

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).

#### oder

#### Möglichkeit II:

1. VP  2. VP

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 ein Bezugsrecht eingeräumt ist – auf die Begünstigten des Vertrages über.

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb Zurich Life

Zurich Life 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. Zurich Life 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 Zurich Life 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 Zurich Life zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für Zurich Life tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Zurich Life 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 Gesellschaft der Zurich Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt Zurich Life Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Zurich Life führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für Zurich Life erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie in den Ihnen überlassenen Verbraucherinformationen. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.zurich-irland.de/see](http://www.zurich-irland.de/see) eingesehen oder unter Zurich Life Assurance plc, Zurich House, Frascati Road, Blackrock Co. Dublin, Ireland, Telefon 0800 1802 392 (kostenlos aus dem deutschen Festnetz) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt Zurich Life Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass Zurich Life 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 Zurich Life dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Zurich Gruppe Deutschland 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 Zurich Life 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 Zurich Life 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 Zurich Life 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 Zurich Life 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. Zurich Life arbeitet zu den vorgenannten Zwecken regelmäßig mit den Rückversicherungen

– Zurich Insurance Company Ltd, Mythenquai 2, 8022 Zürich, Schweiz

– RGA International Reinsurance Company Limited, 3rd Floor, Block C, Central Park, Leopardstown, Dublin 18, Irland und

– Swiss Re Europe S.A., 2A, Rue Albert Borschette, 1246 Luxemburg, Luxemburg

zusammen und übermittelt diesen im hierzu erforderlichen Umfang Ihre Gesundheitsdaten. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an andere Rückversicherungen werden Sie durch Zurich Life unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine in diesem Antrag und zukünftig von mir mitgeteilten sowie gegebenenfalls gemäß vorstehender Ziffer 2.1 erhobenen Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für Zurich Life tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Zurich Life 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 Zurich Life meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert Zurich Life Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Zurich Life speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei Zurich Life und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass Zurich Life 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.

## Verantwortlichkeit für den Antrag

Die Fragen im Antrag und in etwaigen Zusatzklärungen sind richtig und vollständig beantwortet.  
Ich weiß, dass bei nicht richtiger oder unvollständiger Beantwortung mein Versicherungsschutz gefährdet sein kann.

**BITTE BEACHTEN SIE, DASS SOWOHL UNTER PUNKT 2.1 ALS AUCH UNTER PUNKT 2.2 JEWEILS EIN KREUZ ZU SETZEN IST.**

Ort, Datum



Unterschrift des Antragstellers



Unterschrift der 1. zu versichernden Person (falls abweichend vom Antragsteller)



Unterschrift der 2. zu versichernden Person



Unterschrift des Vermittlers

## 14 Antrags-Checkliste

**Bitte überprüfen Sie die Vollständigkeit der gemachten Angaben anhand folgender Checkliste.**

- Wurden nachträgliche Antragsänderungen vom Versicherungsnehmer gegengezeichnet?
- Sind alle persönlichen Angaben vollständig?
- Sind die Angaben zum Vermittler (Name, Vermittler-Code) vollständig?
- Wurden alle Gesundheits- und sonstigen Angaben vollständig beantwortet?
- Wurde der Beruf der zu versichernden Person angegeben?
- Wurden beide Schlusserklärungen vom Vermittler, von der zu versichernden Person und dem Versicherungsnehmer unterschrieben und mit Ort und Datum versehen?
- Wurde der Erhalt der Verbraucherinformationen vom Versicherungsnehmer mit Datum und Unterschrift bestätigt?
- Wurde ein gültiges SEPA-Lastschriftmandat erteilt?
- Stimmen die Angaben im Antrag mit denen des Online-Antrags (falls zutreffend) überein?
- Wurde bei der Erklärung zur Schweigepflichtentbindung ein Kreuz bei 2.1 und 2.2 gesetzt?

## 15 Hinweis zum Gen-Diagnostik-Gesetz (GenDG)

Gemäß § 18 GenDG verlangen wir von Ihnen weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen. Liegt bereits ein Gentest vor oder ist ein solcher veranlasst, der in Zusammenhang mit einer Gesundheitsstörung diagnostischen Zwecken dient, so ist uns über die Durchführung bzw. Veranlassung ebenso wie über die Erkrankungen und Vorerkrankungen selbst, soweit wir Sie danach in Textform gefragt haben, im Rahmen Ihrer Kenntnis uneingeschränkt immer Auskunft zu erteilen, da dann bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen oder bestanden haben, die für die Risikoprüfung von Bedeutung sein können.

Erst ab einer Versicherungsleistung von mehr als 300.000 EUR für den Erlebens- oder Todesfall dürfen wir von Ihnen die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen unabhängig von bestehenden Erkrankungen oder Vorerkrankungen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden.

# Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz im Todesfall

Aufgrund des gestellten Antrags bestätigen wir Ihnen Versicherungsschutz gemäß den nachfolgenden „Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz im Todesfall“. Der vorläufige Versicherungsschutz im Todesfall beginnt, sobald Ihr Antrag und eine Lastschriftinzugermächtigung vollständig ausgefüllt und unterzeichnet bei uns eingehen.

Zurich Life Assurance plc



Anthony Brennan



Jerry Fitzpatrick

## Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz im Todesfall

Sehr geehrte Kundin,  
sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns als Ihr Versicherer an Sie als Antragsteller(in) und künftige(n) Versicherungsnehmer(in).

### § 1 Was ist vorläufig versichert?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich ausschließlich auf die für den Todesfall beantragten Leistungen. Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir im Todesfall der zu versichernden Person(en) aus der beantragten Versicherung höchstens 150.000 EUR sowie im Todesfall eines automatisch mitversicherten Kindes aus der beantragten Versicherung 5.000 EUR.
2. Die Begrenzung in Abs. 1 gilt auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

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

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

1. der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 90 Tage nach der Unterzeichnung des Antrags liegt und
2. der Einlösebeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist und
3. Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von besonderen Bedingungen abhängig gemacht haben und
4. Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns angebotenen Produkte bewegt und
5. die zu versichernde Person bei Unterzeichnung des Antrags das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dies bezieht sich auf das jeweilige Alter der zu versichernden Personen bei DUAL. Hat die ältere der zu versichernden Personen bei verbundene Leben das 65. Lebensjahr bereits vollendet, entfällt der vorläufige Versicherungsschutz für beide zu versichernde Personen.

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

1. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt, sobald Ihr Antrag und eine Lastschriftinzugermächtigung vollständig ausgefüllt und unterzeichnet bei uns eingehen.
2. Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn
  - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat,
  - b) wir Ihren Antrag abgelehnt oder zurückgestellt haben,
  - c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben,

- d) Sie Ihre auf den Abschluss des Vertrags gerichtete Erklärung in Textform widerrufen bzw. dem Vertrag in Textform widersprochen haben – maßgebend ist der Zugang des Widerrufs bzw. Widerspruchs bei uns – oder
  - e) der Einlösebeitrag für die beantragte Versicherung von Ihnen nicht gezahlt worden ist, der Einzug des Einlösebeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.
3. Darüber hinaus haben sowohl Sie als auch wir das Recht, den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen. Unsere Kündigung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

### § 4 Wann ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die zu versichernde(n) Person(en) vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte(n). Dies gilt auch, wenn diese Ursachen im Antrag angegeben wurden. Der Ausschluss der Leistungspflicht gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

### § 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag, erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir hierfür ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für einen Beitragszahlungsabschnitt. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Beitrag für die Höchstsumme gemäß § 1. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

Es kann auch ein Betrag bis zur Höhe des Beitrags für die Zeit vom Beginn des vorläufigen Versicherungsschutzes bis zum Ende des Monats gewählt werden, in dem der Versicherungsfall eintritt.

### § 6 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

### § 7 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?

1. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die in den Verbraucherinformationen enthaltenen AVB (Allgemeinen Versicherungsbedingungen) Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
2. Die vollständigen Vertragsunterlagen erhalten Sie auf Anforderung, spätestens aber mit dem Versicherungsschein für die Hauptversicherung.

#### Wichtiger Hinweis!

Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn der Einlösebeitrag für die beantragte Versicherung von Ihnen nicht gezahlt worden ist, der Einzug des Einlösebeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.

**Zurich Life Assurance plc**

Zurich House, Frascati Road, Blackrock, Co. Dublin, Irland

Telefon: 0800 1802 392 (für Sie kostenlos aus dem deutschen Festnetz)

Telefax: 0800 1844 880 (für Sie kostenlos aus dem deutschen Festnetz)

Internet: [www.zurich-irland.de](http://www.zurich-irland.de)

Zurich Life Assurance plc unterliegt der Aufsicht der Central Bank of Ireland. Die Central Bank of Ireland erfüllt sowohl die Aufgaben der Zentralbank als auch der Finanzaufsichtsbehörde.