

# AUFNAHMEANTRAG STERBEGELDVERSICHERUNG TARIF K

Vermittler Nr. \_\_\_\_\_

## Antragsteller (m/w/d)

☐ Neuaufnahme ☐ Zusatzantrag Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Beantragter Tarif Zusatzversicherung für Kinder

nur in Verbindung eines Erwachsenen-Tarifes möglich

### Kind

☐ m ☐ w ☐ d

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Vers.-beginn \_\_\_\_\_ Vers.-summe € \_\_\_\_\_

Jahresbeitrag € \_\_\_\_\_

**Zahlungsweise** ☐ jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich ☐ monatlich

## SEPA Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer** DE 48 VVG 000 0000 6768

Ich ermächtige den GE-BE-IN Versicherungen VVaG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name des Kontoinhabers (m/w/d)

\_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Erstmalige Ausführung ab \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift  \_\_\_\_\_

### Erklärung zum Gesundheitszustand

Ich erkläre hiermit, dass das zu versichernde Kind gesund ist.

☐ Ja ☐ Nein

(Gesundheit im Sinne dieser Erklärung ist dann gegeben, wenn die zu versichernde Person keine, aus medizinischer Sicht lebensbedrohende Erkrankung hat, die Ihr zum Zeitpunkt der Antragstellung bekannt ist.)

Falls „Nein“: Bitte zusätzliche Angaben zu Vorerkrankungen und behandelnden Ärzten aufführen.

### Anmerkungen (z.B. Vorerkrankungen, behandelnde Ärzte)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Hierfür wird Ihre Einwilligung benötigt einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärung bereits hier (I) oder später im

Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

### Möglichkeit I: ☐

Ich willige ein, dass der GE-BE-IN Versicherungen VVaG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für die 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 den GE-BE-IN Versicherungen VVaG übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den GE-BE-IN Versicherungen VVaG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den GE-BE-IN Versicherungen VVaG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

### Möglichkeit II: ☐

Ich wünsche, dass mich der GE-BE-IN Versicherungen VVaG 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 den GE-BE-IN Versicherungen VVaG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den GE-BE-IN Versicherungen VVaG 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 drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den GE-BE-IN Versicherungen VVaG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

## Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

### Möglichkeit I: ☐

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben.

### Möglichkeit II: ☐

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

## Widerrufsrecht

Der Vertrag kann innerhalb von 30 Tagen ohne Angaben von Gründen in Textform widerrufen werden. Die Frist beginnt an dem Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein und alle Vertragsbestimmungen sowie die Belehrung über das Widerrufsrecht und seine Rechtsfolgen in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an GE-BE-IN Versicherungen VVaG, Nordstraße 5-11, 28217 Bremen, per Fax an Fax-Nr. 0421-38 77 675 bzw. per E-Mail an [versicherung@ge-be-in.de](mailto:versicherung@ge-be-in.de). Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen etwaig geleistete Beiträge zurück.

Ich versichere hiermit, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen zu haben. Mir ist bekannt, dass die zu versichernde Person gemäß § 9 der Satzung ausgeschlossen werden kann, wenn ich über die gesundheitlichen Verhältnisse falsche oder unvollständige Angaben gemacht habe und die Aufnahme bei Kenntnis der wahren Verhältnisse nach billigem Ermessen abgelehnt worden wäre. Ich weiß, dass bei höheren Eintrittsaltern, die zu zahlenden Beiträge in Ihrem Gesamtbetrag die versicherte Leistung unter Umständen überschreiten.

## Unterschrift des Antragstellers/ Erziehungsberechtigten (m/w/d)

Ort, Datum \_\_\_\_\_

## Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, sind allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personengebundenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung der oder des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Möchten Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

☐ Ich willige ein, dass mir der GE-BE-IN Versicherungen VVaG (oder ein mit ihm verbundenes Unternehmen der GE-BE-IN Unternehmensgruppe) postalisch Informationen und Angebote zu weiteren Finanz- und Vorsorgeprodukten zum Zwecke der Werbung übersendet.

☐ Ich willige ein, dass mir der GE-BE-IN Versicherungen VVaG (oder ein mit ihm verbundenes Unternehmen der GE-BE-IN Unternehmensgruppe) per E-Mail/Telefon/Fax/SMS\* Informationen und Angebote zu weiteren Finanz- und Vorsorgeprodukten zum Zwecke der Werbung übersendet (bei Einwilligung bitte Unzutreffendes streichen).

Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die GE-BE-IN Versicherungen VVaG übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten.

## Empfangs- und Kenntnisnahmebestätigung

Ich bestätige, dass ich das Produktinformationsblatt, die Verbraucherinformationen sowie die Satzung erhalten habe.

## Informationen zum Datenschutz

Unsere Datenschutzinformationen können Sie jederzeit unter <https://versicherung.ge-be-in.de/datenschutz> einsehen.

## Anzeigepflichten des Antragstellers (m/w/d)

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Unterschrift  \_\_\_\_\_