

**Nutzen Sie auch unsere  
Onlineberechnung bzw. den  
Onlineantrag!**

## Die Berufsunfähigkeits-Versicherung für Heilwesenberufe – das Wichtigste!

Ihr Beruf oder Ihre Tätigkeit sind nicht mit normalen Maßstäben zu messen. Gerade als Freiberufler oder Selbständiger kann schon der Verlust der Stimme zu erheblichen Einbußen führen. Ihr regelmäßiges Einkommen - und somit Ihr Lebensstandard - ist gefährdet.

Dieses Risiko haben wir erkannt und minimiert. Unser Angebot überzeugt durch erstklassige spezielle Bedingungen:

- Absicherung von Verlust von Augen, Stimme, Gehör und bestimmter Gliedmaßen und/oder Berufsunfähigkeit durch Unfall und/oder Krankheit und Unfalltod.
- Absicherung auch ohne Unfalltod oder als Tagegeldabsicherung.
- Versicherungsschutz bis zum 67. Lebensjahr möglich! Der Vertrag verlängert sich von Jahr zu Jahr und kann von beiden Seiten zur jeweiligen Hauptfälligkeit angepasst werden.
- Verzicht auf die Verweisung. Das heißt: Eine anderweitig ausgeübte Tätigkeit nach der Berufsunfähigkeit wird nicht auf die Einmalzahlung angerechnet und es wird nicht auf andere Berufe und Kenntnisse verwiesen.
- Einmalzahlung - keine monatliche Rente, die evtl. entfallen kann!
- Einheitlicher Beitrag für Mann und Frau. Als Risikobeitrag wird dieser jeweils altersabhängig festgesetzt.

### Darüber hinaus gelten noch die folgenden Leistungspunkte:

- Weltweiter Versicherungsschutz
- Erweiterte Kriegsklausel (Bundeswehr-, Polizei-, und UNO-Einsätze)
- Keine überraschenden Klauseln
- Sehr kundenfreundliche Antragsfragen
- Jährliche Abfrage der Versicherungssumme und der medizinischen Gegebenheiten, um eine Über- oder Unterversicherung auszuschließen.
- Sie können Ihr 5-faches Jahreseinkommen versichern; max. EUR 5.000.000
- Die Police kann in Deutsch oder Englisch ausgestellt werden
- Sie können die Beiträge jährlich, halb-, vierteljährlich oder monatlich entrichten. Bei den Letztgenannten allerdings mit einem Ratenzuschlag.
- Mit unserem SFR-Tarif können Sie Ihren Beitrag ab dem 2. Versicherungsjahr um 20% reduzieren!

### Was ist zu beachten?

- Unser Produktgeber benötigt **keine** Anschrift in Deutschland bzw. eine Bankverbindung. Sie können innerhalb der Europäischen Union wohnen und arbeiten; der Versicherungsschutz besteht weltweit.

### Welche Berufe sind versicherbar?

Heilwesenberufe sind: Ärzte, Apotheker, PTA, Arzthelfer, Dentallaboranten, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Krankenpfleger, Krankenschwestern, Laboranten, Physiotherapeuten, Rettungssanitäter, Veterinäre, Zahnärzte und Zahn Helfer, Hebammen, Entbindungspfleger, Krankengymnasten, Masseur, Chiropraktiker, etc..

### Sonstiges:

Entgegen den Ausschlüssen, die in Paragraph 3 der BUB 2024 erwähnt wurden, gilt: Geistes-, psychische, psychiatrische, neurotische Krankheiten und /oder nervöse Depressionen sind unter der Bedingung mitversichert, dass ihr Auftreten mindestens 6 Monate nach dem Versicherungsbeginn stattfindet.

#### Firma

Wunderlich Cover Solutions GmbH  
Sitz: Pfullingen  
Amtsgericht Stuttgart HRB 778568

#### Postanschrift

Postfach 7129 \* D-72784 Pfullingen  
Große Heerstr. 63 \* D-72793 Pfullingen

#### Kommunikation

Tel. +49 7121 3811870  
Fax. +49 7121 3811871  
Email. [info@wunderlich.gmbh](mailto:info@wunderlich.gmbh)  
<https://www.wunderlich.gmbh>

#### Geschäftsführung

Claus Wunderlich



# Versicherungsantrag für die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit



**Wunderlich Cover Solutions GmbH**  
 Große Heerstr. 63  
 D-72793 Pfullingen  
 info@wunderlich.gmbh  
 https://www.wunderlich.gmbh

Vermittler:

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

<b>Versicherungsnehmer (VN):</b>	Name	Vorname
Geburtsdatum/Steuerident-Nr.:	/	
E-Mail*/Mobilnummer*:	/	
Adresse:		
<b>Versicherte Person:</b> (sofern nicht VN)	Name	Vorname
Geburtsdatum/Steuerident-Nr.:	/	
E-Mail VP*/Mobilnummer*:	/	
Adresse:		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Ledig                   Geschlecht:                   Anzahl d. Kinder:	
Genauer Beruf/Nebenerwerb:		
Arbeitgeber – seit wann:	Jahreseinkommen:	
Begünstigter im Erlebensfall:	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> Sonstiger:	Geburtsdatum:
Begünstigter im Todesfall:	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> Sonstiger:	Geburtsdatum:

\* wird zwingend benötigt

Versicherungsbeginn <sup>(1)</sup>: , 00.00 Uhr      Jahresprämie\*:   
\* + evtl. anfallende Versicherungssteuer

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

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend mit dem Ablauf der Vertragszeit um 1 Jahr und weiter von Jahr zu Jahr, wenn nicht 60 Tage vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung zugegangen ist.

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

Leistungsart	Mindestsumme	Versicherungssumme	Leistung ab	Dauer in Tagen
<b>TODESFALL:</b> Unfall	50.000			
<b>BERUF SUNFÄHIGKEIT:</b> Unfall und Krankheit	50.000			
<b>TAGEGELD:</b> Unfall und Krankheit	30		dem _____ Tag	<input type="checkbox"/> für max. 365 Tage <input type="checkbox"/> für max. 730 Tage <input type="checkbox"/> für max. 1095 Tage

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

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Mandat für wiederkehrende Zahlungen Mandatsreferenznummer und Gläubigeridentifikation werden separat mitgeteilt.

Ich/Wir ermächtige/n „Wunderlich Cover Solutions GmbH“, Beiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

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

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

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

War die versicherte Person für das gleiche Risiko bereits versichert?  Ja  Nein

Wenn ja, Kündigungsgrund: \_\_\_\_\_ Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Bestehen schon Versicherungsverträge der gleichen Art?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welchen Gesellschaften? \_\_\_\_\_

Versicherungssummen: Todesfall € \_\_\_\_\_ Invalidität € \_\_\_\_\_

Berufsunfähigkeit € \_\_\_\_\_ Tagegeld € \_\_\_\_\_

## Medizinische Fragen

Bei Fragen mit mehreren Beantwortungsmöglichkeiten, bitte die zutreffende Antwort **umkreisen**

Geben Sie zu allen Antworten bitte **immer** Beginn und Ende sowie Art der Behandlung an. Ebenfalls ob Sie Behandlungs- und Beschwerdefrei sind. Wenn Sie die Fragen mit Ja beantwortet haben, machen Sie bitte nähere Angaben auf einem Beiblatt.

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Wenn ja, bitte Angaben (Art, Grund, Dauer, Folgen)

Datum

		Ja	Nein		
1	Besteht zur Zeit eine volle oder teilweise Erwerbsunfähigkeit / Arbeitsunfähigkeit?	Ja	Nein		
2	Beziehen Sie eine Invalidenrente?	Ja	Nein		
3	Für Frauen: Sind Sie schwanger?	Ja	Nein		
4	Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, seit wann?	Ja	Nein		
5	Ist bei Ihnen ein AIDS - Test durchgeführt worden, der ein HIV – positives oder fraglich positives Resultat ergab?	Ja	Nein		

### In den letzten 10 Jahren:

6	Leiden oder litten Sie unter Depressionen, Nervenkrankheiten oder Lähmungen?	Ja	Nein		
7	Leiden oder litten Sie unter Rheuma-, Knochen-, Gelenk- oder Bänderkrankheiten?	Ja	Nein		
8	Leiden oder litten Sie an einer chronischen oder angeborenen Krankheit wie Asthma, Malaria, Allergie, usw.?	Ja	Nein		
9	Waren Sie wegen Unfall oder Krankheit länger als 14 Tage voll oder teilweise arbeitsunfähig oder länger als 14 Tage in ärztlicher Behandlung?	Ja	Nein		

### In den letzten 5 Jahren:

10	Leiden oder litten Sie unter anderen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden (auch wenn diese nicht ärztlich behandelt wurden)?	Ja	Nein		
11	Hatten Sie einen Unfall?	Ja	Nein		
12	Waren Sie zur Rehabilitation/Pflege in einer Heil- oder Kuranstalt?	Ja	Nein		
13	Wurden Sie operiert oder müssen Sie sich einer Operation unterziehen?	Ja	Nein		
14	Wurden bei Ihnen Blut-, Urin-, Röntgen- oder andere Untersuchungen vorgenommen?	Ja	Nein		

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
damit wir Ihren Versicherungsantrag bzw. Ihre unverbindliche Anfrage auf einen Vertragsvorschlag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die 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 „Wunderlich Cover Solutions GmbH \* Große Heerstr. 63 \* D-72793 Pfullingen \* info@wunderlich.gmbh \* F. +49 7121 3811871“ textlich nachzuholen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen. Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage auf einen Vertragsvorschlag an uns richten, benötigen wir Ihre vollständigen und wahrheitsgemäßen Angaben, um Ihnen ein Angebot zum Abschluss des von Ihnen gewünschten Versicherungsvertrages zu unterbreiten. In diesem Fall beachten Sie bitte, dass unser Vertragsvorschlag nur unter der Bedingung gilt, dass bis zu Ihrer Vertragserklärung, welche in der Annahmeerklärung zu sehen ist, keine Änderungen der im Vorfeld von Ihnen und – soweit nicht personenidentisch – der versicherten Person getätigten Angaben ergeben haben.

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

### **Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?**

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

### **Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?**

#### **1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### **2. Kündigung**

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

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

#### **3. Vertragsänderung**

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

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

#### **4. Ausübung unserer Rechte**

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

#### **5. Stellvertretung durch eine andere Person**

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## **Vereinbarung**

Mit meiner Unterschrift erteile ich der Firma „Wunderlich Cover Solutions GmbH \* Große Heerstr. 63 \* D-72793 Pfullingen \* info@wunderlich.gmbh“ – nachstehend Vermittler bzw. WCS genannt – die Vollmacht, in meinem Namen eine Versicherung an einen Produktanbieter zu vermitteln, den Vertrag zu verwalten und zu betreiben bzw. umzudecken sowie alle in diesem Zusammenhang stehenden

Dienste zu tätigen. Alle daraus resultierenden Dienste stellen eine Nebentätigkeit zur Vermittlung dar. Ich bestätige ferner ausdrücklich, dass ich bewusst auf eine Beratung und Dokumentation inklusive der damit verbundenen Konsequenzen gegenüber dem Vermittler verzichte. Ich kann somit keinerlei Schadenersatzansprüche mehr geltend machen. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen in dem jeweils aktuellen Stand erkenne ich hiermit an. Ich habe eine aktuelle Version erhalten und kann diese auch jederzeit auf der o.g. Internetseite einsehen und abspeichern.

#### **Widerrufsrecht (Nur für Verbraucher)**

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:

Wunderlich Cover Solutions GmbH \* Große Heerstr. 63 \* D-72793 Pfullingen \* info@wunderlich.gmbh \* Fax +49 7121 3811871.

#### **Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Der Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den Betrag des entsprechenden Anteils des Jahresbeitrags, der sich wie folgt berechnet: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/360 der Jahres- bzw. 1/180 der Halbjahres-, 1/90 der Vierteljahres- oder 1/30 der Monatsprämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

#### **Besondere Hinweise**

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit vorläufiger Deckung, bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als 2 Monaten sowie bei Verträgen über Großrisiken im Sinne des Artikel 10 Abs. 1 Satz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes. Widerrufen Sie einen Versicherungsvertrag, durch den ein bereits beim Versicherer bestehender Vertrag ersetzt oder abgeändert werden soll, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

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

##### **1. Präambel**

Der Antragsteller (nachfolgend Auftraggeber bzw. Sie/Ihr genannt) wünscht die Vermittlung und/oder Verwaltung seiner Vertragsverhältnisse gegenüber Versicherern, Bausparkassen und/oder Anlagegesellschaften und/oder sonstigen Unternehmen, mit welchen die Firma „Wunderlich Cover Solutions GmbH \* Große Heerstr. 63 \* D-72793 Pfullingen \* info@wunderlich.gmbh“ (nachfolgend „WCS“ bzw. „Wir“ genannt) zusammenarbeitet, aufgrund der vereinbarten Regelungen mit WCS. Zu deren Umsetzung, insbesondere der Vertragsvermittlung und -verwaltung, soll WCS alle in Betracht kommenden Daten des Auftraggebers verarbeiten, erhalten, verwenden, speichern, übermitteln und weitergeben dürfen.

##### **2. Name und Anschrift des für die Verarbeitung Verantwortlichen**

Verantwortlicher im Sinne der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ist:

Claus Wunderlich, Wunderlich Cover Solutions GmbH \* Steigäckerstr. 1A \* D-72768 Reutlingen sowie die jeweiligen Versicherer.

##### **3. Rechtsgrundlage, Einwilligung in die Datenverarbeitung**

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

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

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

(4) WCS darf die Auftraggeberdaten, insbesondere auch die Gesundheitsdaten des Auftraggebers, zur Einholung von Stellungnahmen und Gutachten, sowie zur rechtlichen Prüfung von Ansprüchen an von Berufswegen zur Verschwiegenheit verpflichtete Personen (z.B. Anwälte und Steuerberater) weitergeben.

##### **4. Befugnis der Versicherer / der Vertragspartner**

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

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

##### **5. Mitarbeiter und Vertriebspartner**

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

## 6. Anweisungsregelung

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

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

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

## 8. Rechte des Auftraggebers als betroffene Person

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

## 9. Kooperationspartner

Dem Auftraggeber ist bekannt, dass WCS im Rahmen seiner auftragsgemäß übernommenen Aufgaben mit Kooperationspartnern zusammenarbeitet. Aus diesem Grunde wurden die Kooperationspartner bevollmächtigt. Zum Zwecke der auftragsgemäßen Umsetzung ist es neben der Bevollmächtigung ebenfalls erforderlich, dass der Kooperationspartner die Daten des Auftraggebers erhält und ebenfalls im Rahmen dieser datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung zur Datenverwendung, Weitergabe oder Speicherung berechtigt ist. Den nachfolgend genannten Kooperationspartnern wird daher die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung im Umfang der hiesigen Datenschutzerklärung erteilt. Dies gilt insbesondere auch für die sensiblen persönlichen Daten, insbesondere auch die Gesundheitsdaten des Auftraggebers. Der Auftraggeber willigt in die Datenverwendung aufgrund dieser Datenschutzvereinbarung hinsichtlich der nachfolgend genannten Unternehmen ein:

- Die Sport Assekuranz Financial & Insurance Broker GmbH & Co. KG, Postfach 7129, 72784 Pfullingen
- Wunderlich Financial Consulting GmbH, Erlenstr. 27, 2555 Brügge

Der Auftraggeber erklärt die Einwilligung der Datenweitergabe an die vorgenannt benannten Unternehmen, sofern dies zur auftragsgemäßen Erfüllung von WCS erforderlich ist.

## 10. Rechtsnachfolger

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

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

## 11. Notfalklausel für Urlaubs- und Krankheitsvertretung

Der Auftraggeber willigt ausdrücklich ein, dass sich WCS von einem anderen zugelassenen Versicherungsvermittler vertreten lassen darf. Vertretungsfälle sind insbesondere die Urlaubsabwesenheit von WCS, Erkrankung, Berufsunfähigkeit oder Todesfall. Für die Fälle einer erforderlichen Vertretung der Kundeninteressen wird als berechtigter Vertreter ein/e Versicherungsvermittler/-in bzw. Firma die Vertretung übernehmen und erhält Einsichtsrechte in die Kundendaten. Hiermit erklärt sich der Auftraggeber auch ausdrücklich einverstanden. Die Berechtigung für den jeweiligen Kollegen wird erteilt. Dieser ist von uns vorher individuell zu benennen.

Entsteht ein erforderlicher Vertretungsfall, so wird der vorgenannte Kooperationsvermittler als Erfüllungsgehilfe und in Untervollmacht von WCS tätig.

## 12. Keine Datenübertragung in Drittländer

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

## 13. Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung

WCS verzichtet auf eine automatische Entscheidungsfindung oder ein Profiling.

## 14. Widerruf

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

## 15. Einwilligungserklärung bei besonderen personenbezogenen Daten

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

## 16. E-Mail-Kommunikation

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

## 17. Erlaubnis zur Kontaktaufnahme

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

Der Auftraggeber kann diese Erlaubnis jederzeit ganz oder für bestimmte Kommunikationswege gegenüber WCS widerrufen oder die Kontaktaufnahme auf bestimmte Informationen inhaltlich beschränken.

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

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

Ja  Nein, es wird keine Einwilligung erteilt

**Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.**

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit uns bestehenden Verträge können wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung nutzen, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Versicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2a i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2j DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1c DSGVO. Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

## Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

### Rückversicherer:

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

### Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsfalldaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

### Externe Dienstleister:

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

### Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

## Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen bzw. die jeweiligen Versicherer geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren nach Beendigung des Vertrages.

## Betroffenenrechte

Sie können unter der genannten Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

## Widerspruchsrecht

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

## Beschwerderecht

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

## Automatisierte Einzelfallentscheidungen

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

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt **WCS** sowie die **Versicherungsgesellschaft, mit der der Versicherungsvertrag abgeschlossen wird** (nachfolgend "Versicherung"), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Versicherungsgesellschaft, mit der Ihr Versicherungsvertrag geschlossen wird, Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Außerdem benötigt die Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

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

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

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

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

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Versicherung

Ich willige ein, dass die WCS GmbH sowie die Versicherung, die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Versicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Versicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Versicherung – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Versicherung übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Versicherung an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Versicherung tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

#### Möglichkeit II:

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

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

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss durch die Versicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

#### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Versicherung konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedarf die Versicherung einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### **Möglichkeit I:**

- ⇒  Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

#### **Möglichkeit II:**

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

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

Die Versicherung verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### **3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Versicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Versicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten entbinde ich die für die Versicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Versicherung führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

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

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

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

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Versicherung Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Versicherung Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

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

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

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

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

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

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

Die Versicherung gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen über Ihren Vertrag dem Vermittler zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler Ihres Vertrags erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt sie auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

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

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

Ihre Daten werden bei der Versicherung und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass WCS und die Versicherung meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichern und nutzen dürfen.

## Schlussklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person

### 1. Generelles

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

### 2. Verantwortlichkeit für den Antrag

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

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

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

### 4. Weitere gemeinsame Schlussklärung

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

### 5. Vergütung

Kommt aufgrund dieses Antrages ein Versicherungsvertrag zwischen mir und einem Versicherer zu Stande, so hat WCS einen Anspruch auf Vergütung. Zahle ich den geschuldeten Einmal- oder Laufzeitbeitrag (im Folgenden „Beitrag“) an den Versicherer, so ist der Vergütungsanspruch von WCS gegenüber mir abgegolten. Die Höhe des geschuldeten Beitrags richtet sich nach dem Versicherungsschein bzw. der Cover Note zu diesem Antrag, auch wenn der im Antrag genannte Beitrag niedriger sein sollte. Zahle ich den geschuldeten Beitrag nicht, so entspricht der Vergütungsanspruch von WCS der entgangenen Versicherungsprovision – in der Regel mindestens 25% des geschuldeten Beitrags. Diesen macht WCS umgehend nach erfolgter Kündigung geltend, es sei denn ich weise einen geringeren Schaden nach. Die Geltendmachung tatsächlich höherer Schadenersatzansprüche bleibt vorbehalten. Eine Teilzahlung wird auf den Schadenersatz angerechnet. WCS ist berechtigt, Schadenersatzansprüche abzutreten.

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

WCS ist zum Abschluss des Versicherungsvertrages im Namen der Versicherer bevollmächtigt. WCS ist insbesondere Kündigungs- und Inkassovollmacht erteilt. Ich habe vor Antragsstellung dies zur Kenntnis genommen und erkenne an, dass diese Vollmacht besteht.

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

Hiermit bestätige ich, dass mir vor Abgabe meiner Vertragserklärung die Vertragsunterlagen einschließlich der Versicherungsbedingungen zur Berufsunfähigkeitsabsicherung BUB2024\*, die Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung, die Informationen im Schadenfall, die Beitragsübersicht in aktueller Form sowie die AGB Online in Textform klar und verständlich übermittelt worden sind. Sie sind damit Vertragsbestandteil. \*Stand: 03.2025

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

_____ Ort / Datum	✗	_____ Unterschrift Versicherungsnehmer
----------------------	---	---



Bitte drucken Sie diesen Antrag nicht aus, sondern senden Sie uns diesen am Computer ausgefüllt zurück.



# Beratungsdokumentation

Allgemein



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

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

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

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

### Anlass der Beratung – Kundenwunsch und Bedürfnisse

---

---

---

### Beratungsinhalt – Rat und Begründung – Kundenentscheidung

---

---

---

---

---

---

---

---

weitere Dokumentation auf Beiblatt

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

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

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

**Vertragsunterlagen Ihres Assekurateurs (Verwaltungsgesellschaft)**

**zur Berufsunfähigkeitsabsicherung**

**BUB 2024**

Stand 03.2025

Die Vertragsunterlagen gliedern sich in sechs Abschnitte:

I.	Allgemeine Kundeninformationen	Seite 2
II.	Vollmachten der Wunderlich Cover Solutions GmbH	Seite 6
III.	Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	Seite 7
IV.	Versicherungsbedingungen zur Berufsunfähigkeitsabsicherung BUB 2024	Seite 9
V.	Merkblatt zur Datenverarbeitung	Seite 17
VI.	Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB) Online	Seite 21

## I. ALLGEMEINE KUNDENINFORMATIONEN

### Angaben der Gesellschaften

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

---

#### Lloyd's Insurance Company SA

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

Lloyd's Insurance Company SA  
Bastion Tower  
Marsveldplein 5, B-1050 Brüssel  
Internet: [www.LIC.com](http://www.LIC.com)  
Rechtsform: SA  
Sitz: Brüssel, Belgien

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

Der Versicherer betreibt die Schaden-, Haftpflicht- und Unfallversicherung.  
Die Aufsichtsbehörde ist die FSMA, THE FINANCIAL SERVICES AND MARKETS AUTHORITY, Rue du Congrès/Congresstraat 12-14, B-1000 Brussels. Der deutsche Generalvertreter für Lloyd's ist bei der Handelskammer in Frankfurt am Main unter der Registernummer HRA 26467 eingetragen.  
Die Hauptgeschäftstätigkeit von Lloyds Underwritern besteht darin, Nichtleben- und Lebensversicherungs- sowie Rückversicherungsgeschäfte zu tätigen.

---

#### Starr Europe Insurance Limited (Starr Malta)

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

Starr Europe Insurance Limited (Starr Malta)  
Dragonara Business Centre, 5th Floor, Dragonara Road, St Julians, STJ 3141, Malta  
Internet: [www.starcompanies.com](http://www.starcompanies.com)  
Rechtsform: Ltd.  
Sitz: St Julian's, Malta

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

Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.  
Die Aufsichtsbehörde ist die Finanzaufsichtsbehörde von Malta (MFSA), Triq I-Imdina, Zone 1, Central Business District, Birkirkara, CBD 1010

---

#### Hamilton Insurance DAC

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

Hamilton Insurance DAC  
2 Shelbourne Buildings, Crampton Avenue, Ballsbridge, Dublin 4, D04W3V6  
Internet: <https://www.hamiltongroup.com/insurance-group/about-hamilton-insurance-dac>  
Rechtsform: Designated Activity Company  
Sitz: Dublin, Republik Irland

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

Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.  
Die Aufsichtsbehörde ist die Central Bank of Ireland, New Wapping Street, North Wall Quay, Dublin 1, D01 F7X3

---

#### Liberty Mutual Insurance Europe SE

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

Liberty Mutual Insurance Europe SE  
5-7 rue Leon Lavel, L3372, Leudelange, Großherzogtum Luxemburg  
Internet: [www.libertyspecialtymarkets.com](http://www.libertyspecialtymarkets.com)  
Rechtsform: SE Europäische Aktiengesellschaft  
Sitz: Luxemburg, Großherzogtum Luxemburg

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

Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.  
Die Aufsichtsbehörde ist die Commission de Surveillance du Secteur Financier, Luxembourg, 283, route d'Arlon, L-1150 Luxembourg

---

#### Swiss Life (Luxembourg) SA

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

Swiss Life (Luxembourg) SA  
Vertigo Naos Building 6 rue Eugène Ruppert L- 2453 Luxembourg  
Internet: [www.swisslife.lu](http://www.swisslife.lu)  
Rechtsform: Société Anonyme  
Sitz: Großherzogtum Luxemburg

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

Der Versicherer betreibt die Lebensversicherung.  
Die Aufsichtsbehörde ist das Commissariat aux Assurances (CAA), Boulevard Joseph II 7 1840 Luxembourg Tel.: +352 2269111; Fax: +352 226910; E-Mail: [caa@caa.lu](mailto:caa@caa.lu)

---

und anderen Syndikaten/Versicherungsgesellschaften/Underwritern im Auftrag von Lloyd's Insurance Company SA sowie anderen Versicherungsgesellschaften oder Underwritern mit ähnlicher Bonität.

### Versichererwechsel

Auf die Möglichkeit des Wechsels nach § 2 der Vollmachten der „Wunderlich Cover Solutions“ weisen wir hin.

---

**Ihre Verwaltungsgesellschaft ist:****Wunderlich Cover Solutions GmbH**

Große Heerstr. 63, D-72793 Pfullingen

Geschäftsführer: Claus Wunderlich

Tel. + 49 7121 3811870, Fax +49 7121 3911871

info@wunderlich.gmbh, www.wunderlich.gmbh

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

Diese Vollmacht kann auf Niederlassungen, Tochter- oder Schwestergesellschaften übertragen werden. Selbiges gilt in umgekehrter Reihenfolge, sofern diese Gesellschaften Bevollmächtigte sind.

Außerdem kann sich **Wunderlich Cover Solutions GmbH** anderer Vermittler bedienen, um das Geschäft abzuwickeln:

Der Auftraggeber (Versicherungsnehmer) bevollmächtigt **Wunderlich Cover Solutions GmbH**, dessen Erfüllungsgehilfen und einen eventuellen Rechtsnachfolger zur Vertretung in den beauftragten Versicherungsangelegenheiten. Diese Vollmacht umfasst insbesondere die Erteilung und Widerruf von Untervollmachten an andere Versicherungsvermittler.

---

**Wesentliche Merkmale des Versicherungsvertrages**

Die wesentlichen Merkmale des Versicherungsvertrages bestimmen sich nach den Berufsunfähigkeitsbedingungen BUB 2024 Erläuterungen und Klauseln. Eine Übersicht hierzu befindet sich auf Ihrem Antragsformular. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen. Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

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

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

**Gesamtpreis der Versicherung**

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

**Zusätzlich anfallende Kosten**

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

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

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

Zusätzlich fallen folgende pauschalen Verwaltungskosten an:

- Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheins bzw. Zusendung des Versicherungsscheins per Post EUR 25,00.
- Ausstellung einer steuerlichen Bescheinigung EUR 25,00.

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

**Zahlung und Erfüllung**

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

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

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

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

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

**Gültigkeitsdauer der Informationen**

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

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

**Zustandekommen des Vertrages**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen zur Berufsunfähigkeitsunfähigkeitsabsicherung BUB 2024, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 S. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Wunderlich Cover Solutions GmbH  
Große Heerstr. 63  
D-72793 Pfullingen  
Fax: +49 7121 3811871  
info@wunderlich.gmbh

#### **Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den Betrag des entsprechenden Anteils des Jahresbeitrags, der sich wie folgt berechnet: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/360 des Jahresbeitrags. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

#### **Besondere Hinweise**

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

#### **Laufzeit**

Der Vertrag ist für die vereinbarte Dauer abgeschlossen und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn er nicht 60 Tage vor der jeweiligen Hauptfälligkeit vom Versicherer oder dem Versicherungsnehmer gekündigt wird, wobei der Wortlaut des § 9 der Versicherungsbedingungen beachtet werden muss.

#### **Beendigung des Vertrages**

Der Versicherungsvertrag endet zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit.

Im Übrigen besteht ein gesetzliches Kündigungsrecht auch in folgenden Fällen:

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

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

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

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

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

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

#### **Sprache**

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

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

Jede Beschwerde sollte zunächst an Ihren Vermittler gerichtet werden.

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

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

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

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

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

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

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

## II. VOLLMACHTEN DER WUNDERLICH COVER SOLUTIONS GMBH

### § 1 Anzeigen und Willenserklärungen

1. Die Verwaltungsgesellschaft der Versicherer für alle Versicherungsverträge ist **Wunderlich Cover Solutions GmbH** (im Folgenden WCS genannt).
2. WCS ist bevollmächtigt, vertraglich obliegende Anzeigen, Willenserklärungen, Schadenanzeigen und Beiträge in Empfang zu nehmen sowie ausstehende Beiträge einzufordern und den dazu gehörigen Schriftverkehr zu führen und Willenserklärungen jeglicher Art im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag (z. B. Rücktritt, Kündigung, Anfechtung) abzugeben. Die Beiträge gelten als beim Versicherer eingegangen, wenn sie bei WCS eingegangen sind.
3. WCS ist vom Versicherer beauftragt, gegenüber den Versicherungsnehmern und den betreuenden Vermittlern die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären.
4. Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift oder Emailadresse geändert, die Änderung aber WCS nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung einer Textnachricht an die letzte WCS bekannte Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu welchem sie, ohne die Anschriftenänderung, bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre.

### § 2 Versichererwechsel

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

Diese Vollmacht kann auf Niederlassungen, Tochter- oder Schwestergesellschaften übertragen werden. Selbiges gilt in umgekehrter Reihenfolge, sofern diese Gesellschaften Bevollmächtigte sind.

Außerdem kann sich **Wunderlich Cover Solutions GmbH** anderer Vermittler bedienen, um das Geschäft abzuwickeln:

Der Auftraggeber (Versicherungsnehmer) bevollmächtigt **Wunderlich Cover Solutions GmbH**, dessen Erfüllungsgehilfen und einen eventuellen Rechtsnachfolger zur Vertretung in den beauftragten Versicherungsangelegenheiten. Diese Vollmacht umfasst insbesondere die Erteilung und Widerruf von Untervollmachten an andere Versicherungsvermittler.

# Berufsunfähigkeitsversicherung

## Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Der jeweilige Versicherer

Berufsunfähigkeitsversicherung

Dieses Dokument enthält eine Zusammenfassung der wichtigsten Informationen zu Ihrer Versicherung. Vollständige vorvertragliche und vertragliche Informationen zum Produkt finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Wenn Sie Fragen zu Ihrer Deckung oder zu besonderen Anforderungen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsvertreter oder an den Versicherer.

### Um welche Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Berufsunfähigkeitsversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen sowie Krankheiten.



#### Was ist versichert?

Bis zu den im Versicherungsschein genannten Summen für:

- ✓ **Volle Berufsunfähigkeit:** Dauernde Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person durch Unfall oder Krankheit auf Dauer vollständig außerstande ist, die im Versicherungsschein genannte berufliche Tätigkeit aktiv auszuüben. Dies muss durch einen niedergelassenen Arzt bestätigt werden.
- ✓ **Vorübergehende Berufsunfähigkeit (Tagegeld):** Sofern die versicherte Person durch einen Unfall oder eine Krankheit in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und in ärztlicher Behandlung ist, bezahlen wir ein Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für den Zeitraum, der im Versicherungsschein genannt ist. Wir bezahlen die berechnete Tagegeldleistung nach Abschluss der Behandlung. Auf Wunsch kann ein 4-wöchiger Zahlungsrhythmus vereinbart werden.
- ✓ **Todesfalleistung:** Eine Todesfalleistung wird gewährt, wenn die versicherte Person aufgrund des Unfalls innerhalb eines Jahres verstirbt.



#### Was ist nicht versichert?

Leider können wir Sie nicht gegen alle Risiken versichern. Die folgenden Deckungen und Risikoausschlüsse sind nicht erschöpfend. Die weiteren Informationen finden Sie in den Versicherungsbedingungen bzw. im Versicherungsschein.

- ✗ Selbstmord oder Selbstmordversuch, vorsätzliche Selbstverstümmelung.
- ✗ Krieg, unabhängig ob dieser erklärt wurde oder nicht, Kampfhandlungen oder jeder Bürgerkrieg- oder Kriegsakt.
- ✗ Fahren oder fliegen jedes Fahrzeuges (auch Luftfahrzeug) ohne den entsprechenden Fähigkeitsausweis, Führerschein oder das entsprechende Zeugnis.
- ✗ Alkoholismus, offensichtliche Trunkenheit oder ein Blutalkoholspiegel, der zur Zeit des Unfalls über 1.1‰ lag.
- ✗ Drogenabhängigkeit, übermäßige Einnahme von nicht verschriebenen Medikamenten oder Nichteinhalten ärztlicher Verschreibung.
- ✗ Kernspaltung oder radioaktive Strahlung, es sei denn, sie sind medizinisch verordnet.
- ✗ Terroristische Handlung durch nukleare, biologische und chemische Waffen.
- ✗ Psychiatrische Krankheiten wie Psychosen, Psychose, psychogene Reaktion oder funktionelle Störung psychischen Ursprungs entsprechend der Klassifikation der Krankheiten nach ICD, es sei denn diese wurden durch einen unter diesem Versicherungsvertrag versicherten Unfall oder eine versicherte Krankheit verursacht.
- ✗ Ästhetische Behandlungen, Abmagerungskuren, Verjüngungs-Behandlungen, Rehabilitation ohne Funktions- oder Bewegungstherapie.



#### Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz?

- ! Individuelle Leistungseinschränkungen können Ihrem Vertrag zugrunde liegen.



#### Wo habe ich Versicherungsschutz?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



#### Welche Pflichten habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Sie müssen uns Änderungen an Ihren Angaben im Antrag bzw. Versicherungsschein mitteilen, die sich auf Ihren Versicherungsschutz auswirken können.
- Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit der versicherten Person, bei denen die Arbeitsunfähigkeit mehr als 30 zusammenhängende Tage beträgt, ist der Versicherer innerhalb von 90 Tagen durch die versicherte Person oder den Versicherungsnehmer zu benachrichtigen. Im Todesfall obliegt diese Meldepflicht der begünstigten Person. Die Benachrichtigung muß spätestens mit der nachfolgenden Jahresinformation erbracht werden, andernfalls erlischt der Leistungsanspruch. Beachten Sie die unterschiedlichen Meldefristen für Unfalltod und vorübergehende Berufsunfähigkeit.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.



#### Wann und wie muss ich bezahlen?

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

**Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz**

Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben.

Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nicht anders vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir sie nicht kündigen.

**Wie kann ich den Vertrag beenden?**

Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen (das muss spätestens 60 Tage vorher geschehen).

Sie oder wir können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

## IV. VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN ZUR BERUFSUNFÄHIGKEITSABSICHERUNG BUB 2024

### § 1 Versicherungsumfang – Was ist versichert?

- 1.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfall (Ziffern 1.4) oder Krankheit (Ziffer 1.5), die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus § 2; aus dem Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- 1.2 Ein **Schadenfall** ist gegeben, wenn die versicherte Person durch Unfall oder Krankheit nicht mehr in der Lage ist, ihre normalen beruflichen Pflichten auszuüben.
- 1.3 Der Versicherungsschutz besteht rund um die Uhr und weltweit bei Ausübung aller Tätigkeiten mit Ausnahme derer, die gemäß § 3 explizit ausgeschlossen sind.
- 1.4 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) eine körperliche Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch eine einzelne, erhöhte Kraftanstrengung, durch welche die versicherte Person eine körperliche Gesundheitsschädigung erleidet, insbesondere auch:
- Verrenkungen, Verstauchungen, Prellungen, Schambeinentzündungen, Verbrennungen, Verbrühungen, Verätzungen (Lauge, Säure), Erfrierungen, Hitzschläge, Sonnenstiche und Körperschädigungen, welche auf Ultraviolettstrahlungen zurückzuführen sind mit Ausnahme von Sonnenbränden.
  - Ertrinken und Ertrinken durch Bewusstlos werden im kalten Wasser.
  - Vergiftungen, Vergiftungen oder Verbrennungen durch Gase oder Dämpfe, durch giftige oder ätzende Substanzen oder durch verdorbene Nahrungsmittel, welche irrtümlicherweise oder durch Einwirkung von Drittpersonen eingenommen wurden.
  - Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen und Bändern, Menisken, Gefäßen, Nerven, Weichteilen (Haut + Anhangsgebilde), Bandläsionen, Leistenbrüche, Folgen einer weichen Leiste (s. g. Sportlerleiste).
  - Knorpelverletzungen, Knochenbrüche, Verletzungen des Zentralen Nervensystems (SHT, Rückenmark).
  - Verletzungen der inneren Organe, der Sinnesorgane (Augen, Ohr, Nase), Trommelfellverletzungen, Verletzungen der Zähne sowie der Geschlechtsorgane (z. B. Hoden).
- 1.5 Als Krankheit gilt ein anormaler körperlicher Zustand, der mit einer Störung einer körperlichen Funktion einhergeht (körperliche Gesundheitsschädigung) und nicht auf einen Unfall oder auf eine Reihe von Unfällen zurückzuführen ist, so zum Beispiel:
- Myokardinfarkte.
  - Hirnblutungen und Aneurysmen.
  - Dermatosen und Krampfadern.
  - Synkopen und epileptische Anfälle.
  - Lumbalgien, akute oder chronische Beeinträchtigungen der Rücken-Lumbalregion, Ischiasreizungen, Kreuzverrenkungen und Hexenschüsse.
  - Folgen der Luftverschmutzung.
- 1.6 Vollumfänglicher Versicherungsschutz besteht auch, wenn bei der Entstehung des Unfalls (Ziffer 1.4) oder der Krankheit (Ziffer 1.5) oder deren Folgen im Versicherungsantrag angezeigte und vor Wirksamkeit des Vertrages bestehende Gesundheitsschäden mitgewirkt haben und hierfür im Versicherungsschein keine individuellen Risikoausschlüsse (Ziffer 1.8) vereinbart sind. Auf die vorvertraglichen Anzeigepflichten (§ 11) wird verwiesen.
- 1.7 Auf die Ausschlüsse (§ 3) und die im Versicherungsschein aufgeführten individuellen Risikoausschlüsse (Ziffer 1.8) wird verwiesen.
- 1.8 Im Rahmen der Risikoprüfung behält sich der Versicherer vor, die Antragsannahme abzulehnen oder von individuellen Risikoausschlüssen abhängig zu machen. Die individuellen Risikoausschlüsse für die versicherten Personen sind im Versicherungsschein genau bezeichnet und gelten zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß § 3.
- 1.9 **Cyber-Risiken**  
Leistungen für Personenschäden, die durch eine Cyberhandlung oder einen Cybervorfall verursacht werden oder daraus resultieren, sind vorbehaltlich der Bestimmungen, Bedingungen, Einschränkungen und Ausschlüsse dieser Versicherung zahlbar.  
Cyberhandlung bedeutet eine unbefugte, böswillige oder kriminelle Handlung oder eine Reihe von zusammenhängenden unbefugten, böswilligen oder kriminellen Handlungen, unabhängig von Zeit und Ort, oder die Androhung oder der Scherz einer solchen Handlung, die den Zugriff auf ein Computersystem, dessen Verarbeitung, Nutzung oder Betrieb beinhaltet.  
Cyber-Vorfall bedeutet:
- 1.1 jeden Fehler oder jede Unterlassung oder eine Reihe von zusammenhängenden Fehlern oder Unterlassungen, die den Zugriff auf ein Computersystem, dessen Verarbeitung, Nutzung oder Betrieb betreffen; oder
  - 1.2 eine teilweise oder vollständige Nichtverfügbarkeit oder ein Ausfall oder eine Reihe damit zusammenhängender teilweiser oder vollständiger Nichtverfügbarkeit oder Ausfälle, die den Zugriff auf ein Computersystem, die Verarbeitung, die Nutzung oder den Betrieb eines Computersystems betreffen.
- Computersystem bezeichnet jeden Computer, jede Hardware, Software, jedes Kommunikationssystem, jedes elektronische Gerät (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Smartphones, Laptops, Tablets, tragbare Geräte), jeden Server, jede Cloud oder jeden Mikrocontroller, einschließlich jedes ähnlichen Systems oder jeder Konfiguration der vorgenannten und einschließlich aller zugehörigen Eingabe-, Ausgabe-, Datenspeichergeräte, Netzwerkausrüstungen oder Back-up-Einrichtungen, die dem Versicherungsnehmer oder einer anderen Partei gehören oder von ihr betrieben werden.

### § 2 Leistungsarten – Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

- 2.1 Die jeweils vereinbarten Leistungsarten und deren Höhe (Versicherungssumme) ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Für die Entstehung des Anspruchs gelten die nachfolgenden Bestimmungen:
- 2.2 Leistung bei dauernder Berufsunfähigkeit:

Dauernde Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person durch Unfall (Ziffer 1.4) oder Krankheit (Ziffer 1.5) auf Dauer vollständig außerstande ist, die im Versicherungsschein genannte berufliche Tätigkeit aktiv auszuüben. Dies muss durch einen niedergelassenen Arzt bestätigt werden.

Wenn die versicherte Person binnen 18 Monaten nach einem Unfall oder einer diagnostizierten Krankheit stirbt, wird keine Leistung aus der dauernden Berufsunfähigkeit fällig.

Die dauernde Berufsunfähigkeit muss spätestens innerhalb von 24 Monaten vom Unfalltag an gerechnet oder innerhalb von 24 Monaten vom erstmaligen Auftreten der Krankheit (Krankheitsbeginn) eingetreten und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren sechs Monaten von einem Arzt nach Wahl des Versicherungsnehmers schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person bei dem Versicherer textlich geltend gemacht sein.

Wird von ärztlicher Seite innerhalb der zum Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit oben genannten Fristen eine zunächst noch andauernde (= derzeitige) Berufsunfähigkeit festgestellt und steht nicht eindeutig fest, ob keine Aussicht auf Wiederaufnahme der Tätigkeit besteht, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer einer Verlängerung der oben genannten Fristen um jeweils einen Monat, bis zu längstens drei Monaten zustimmt. Der Versicherungsnehmer muss die Fristverlängerung vor Ablauf der oben genannten Fristen bzw. vor Ablauf der jeweils verlängerten Frist textlich beim Versicherer beantragen. Nimmt die versicherte Person vor Ablauf der Frist die Tätigkeit wieder auf, endet die Frist zu diesem Zeitpunkt. Jede Fristverlängerung bedarf des textlichen Einverständnisses des Versicherers.

Höhe der Leistung: Die Versicherungsleistung bei dauernder Berufsunfähigkeit wird in Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

Sollte die versicherte Person nach Auszahlung der Versicherungssumme die berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen, dann hat der Versicherer das Recht, den letzten Jahresbeitrag zurückzuverlangen.

#### 2.2.1 Leistung bei Verlust von Gliedmaßen:

Verlust von Gliedmaßen liegt

- im Falle eines Beines vor, wenn die bleibende körperliche Abtrennung im oder oberhalb des Knöchels oder die dauerhafte und vollständige Funktionsunfähigkeit eines kompletten Fußes oder Beines gegeben ist.
- im Falle eines Armes vor, wenn die bleibende körperliche Abtrennung im oder oberhalb des Handgelenks oder die dauerhafte und vollständige Funktionsunfähigkeit einer kompletten Hand oder eines Arms gegeben ist.

#### 2.2.2 Leistung bei Verlust des Augenlichts:

Ständiger und unwiederbringlicher Verlust des Augenlichts liegt

- in beiden Augen vor, wenn die versicherte Person mit ihrem Namen im Register für Blinde an ihrem gewöhnlichen Wohnsitzland steht.
- in einem Auge vor, wenn der Grad des Augenlichts 3/60 oder weniger auf der Snellen Skala beträgt (dies bedeutet, dass der Versicherte nur 0,91 Meter statt 18,28 Meter weit sieht).

#### 2.2.3 Leistung bei Verlust der Sprache oder des Gehörs:

Verlust der Sprache oder des Gehörs liegt vor, wenn dies dauerhaft, vollständig und unwiederbringlich gegeben ist.

#### 2.3 Leistung bei vorübergehender Berufsunfähigkeit (Tagegeld):

Vorübergehende Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn ein niedergelassener Arzt die versicherte Person infolge eines Unfalls (Ziffern 1.4) oder einer Krankheit (Ziffer 1.5) vorübergehend für arbeitsunfähig erklärt. Die versicherte Person kann Ihre normalen beruflichen Aktivitäten nicht ausüben.

Der Versicherer zahlt für jeden Tag der vorübergehenden Berufsunfähigkeit den im Versicherungsschein genannten Betrag aus. Die Entschädigung ist für die im Versicherungsschein festgelegte maximale Anzahl von Tagen geschuldet. Die Zahlungen setzen mit dem ersten Tag nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Wartefrist ein und enden mit der auch teilweisen Aufnahme der Tätigkeit, spätestens jedoch mit Ende der Arbeitsunfähigkeit. Die Zahlung erfolgt, wenn das Ende der Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen ist. Auf Wunsch kann auch ein 4-wöchiger Zahlungsrhythmus vereinbart werden.

Alle Unterbrechungen der beruflichen Tätigkeit, die auf den gleichen Ursprung zurückzuführen sind und die in einem Abstand von weniger als 180 Tagen eintreten, werden als ein einziger **Schadenfall** berücksichtigt. Jegliche andere Unterbrechung der Tätigkeit wird als neuer **Schadenfall** berücksichtigt, der zu einer neuen Entschädigungsperiode und zu einer neuen Wartefrist führt.

Erhöht sich das Jahreseinkommen, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Einkommens eine Erhöhung der Tagegeldleistung gegen Mehrbeitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung beantragen. Der Versicherungsschutz erhöht sich mit Wirkung der Gehaltserhöhung. Dies gilt nicht für eine Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person, die bereits bestanden hat, bevor die Erhöhung beantragt wurde. Für diese wird die versicherte Krankentagegeldleistung in unveränderter Höhe im vertraglichen Umfang geleistet.

#### 2.3.1 Zusatzbaustein „Neuer Arbeitgeber“ in Deutschland

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalls oder akut und erstmals auftretender Krankheit innerhalb der ersten vier Wochen eines ununterbrochenen Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähig und entfällt nachweislich der Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber gemäß EntgFG § 3, so wird das vereinbarte Krankentagegeld rückwirkend ab dem 5. Tag der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Der Anspruch entsteht bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit von mehr als 28 Tagen.

#### 2.4 Todesfalleistung:

Die versicherte Person ist innerhalb von 18 Monaten infolge eines Unfalls (Ziffer 1.4) verstorben. Eine Todesfalleistung erfolgt auch dann, wenn die versicherte Person infolge einer Überanstrengung oder eines körperlichen Zusammenbruchs (z.B. Herzversagen) verstirbt und ein Unfallereignis gegeben ist bzw. vermutet wird.

Die Todesfalleistung wird in Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

Es sei klargestellt, dass dieser Vertrag die Todesfalleistung nicht bei Krankheit zahlt.

#### 2.5 Mehrfachentschädigung

Die Leistung von vorübergehender Berufsunfähigkeit (Tagegeld) ist nicht mit der Leistung bei vollständiger Berufsunfähigkeit kumulierbar. Das bedeutet: Wurde sowohl eine Tagegeld- als auch eine Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen, wird ab dem Tag (0 Uhr) der Leistung bei vollständiger Berufsunfähigkeit kein Tagegeld mehr geschuldet.

### § 3 Ausschlüsse – In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen die folgenden Tatsachen und Ereignisse:

- Selbstmord oder Selbstmordversuch, vorsätzliche Selbstverstümmelung
- Krieg, unabhängig ob dieser erklärt wurde oder nicht, Kampfhandlungen oder jeder Bürgerkrieg- oder Kriegsakt.
- Fahren oder fliegen jedes Fahrzeuges (auch Luftfahrzeug) ohne den entsprechenden Fähigkeitsausweis, Führerschein oder das entsprechende Zeugnis.
- Alkoholismus, offensichtliche Trunkenheit oder ein Blutalkoholspiegel, der zur Zeit des Unfalls über 1,1‰ lag.
- Drogenabhängigkeit, übermäßige Einnahme von nicht verschriebenen Medikamenten oder Nichteinhalten ärztlicher Verschreibung.
- Kernspaltung oder radioaktive Strahlung, es sei denn, sie sind medizinisch verordnet.
- Terroristische Handlung durch nukleare, biologische und chemische Waffen.
- Psychiatrische Krankheiten wie Psychosen, Psychoneurosen, psychogene Reaktion oder funktionelle Störung psychischen Ursprungs entsprechend der Klassifikation der Krankheiten nach ICD, es sei denn diese wurden durch einen unter diesem Versicherungsvertrag versicherten Unfall oder eine versicherte Krankheit verursacht.
- Ästhetische Behandlungen, Abmagerungskuren, Verjüngungs-Behandlungen, Rehabilitation ohne Funktions- oder Bewegungstherapie.

### § 4 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Krankheiten oder Unfälle, die der versicherten Person durch Kriegsereignisse zustoßen, ohne dass sie zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört (Passives Kriegsrisiko). Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer kriegsführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

Vom Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:

- Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen).
- Unfälle oder Krankheiten, die durch einen Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland, USA) verursacht werden.
- Unfälle oder Krankheiten im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegsführende Parteibeteiligter ist oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.

### § 5 Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls bzw. einer Krankheit

5.1 Nach einem Unfall (Ziffer 1.4) oder einer Krankheit (Ziffer 1.5) der versicherten Person, der/die voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen kann, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen bzw. Krankheitsfolgen möglichst zu mindern.

5.2 Im Falle eines Unfalls (Ziffer 1.4) oder einer Krankheit (Ziffer 1.5) der versicherten Person, bei denen die Arbeitsunfähigkeit mehr als 30 zusammenhängende Tage beträgt, ist der Versicherer innerhalb von 90 Tagen durch die versicherte Person oder den Versicherungsnehmer zu benachrichtigen. Im Todesfall obliegt diese Meldepflicht der begünstigten Person.

Die Benachrichtigung muss spätestens mit der übersandten Jahresinformation vor der jeweiligen Fälligkeit erbracht werden, andernfalls erlischt der Leistungsanspruch.

Beachten Sie die unterschiedlichen Meldefristen für Unfalltod (5.7.) und vorübergehende Berufsunfähigkeit (5.10.).

5.3 Die Schadenmeldung hat textlich zu erfolgen, muss an den Versicherer oder dessen Vertreter adressiert sein und folgende Auskünfte enthalten:

- Vor- und Nachname, Alter und Wohnsitz der kranken, verunfallten oder verstorbenen Person sowie bei einer Krankenhauseinweisung auch den Namen und die Adresse der Krankenhauseinrichtung.
- bei einer Krankheit: deren Art sowie den Namen und die Adresse des behandelnden Arztes.
- bei einem Unfall: Datum, Ort, Umstände; gegebenenfalls Namen und Adresse der für den Unfall haftenden Person und wenn möglich der Zeugen; Namen und Adresse des erstbehandelnden Arztes.
- im Todesfall: Sterbebescheinigung und diejenigen Urkunden, welche die begünstigte Person als solche ausweisen.

5.4 Stellt der Versicherer alternativ ein Schadenmeldeformular zur Verfügung, so ist dieses übersandte Meldeformular wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.

5.5 Darüber hinaus muss der Versicherte oder nötigenfalls der Versicherungsnehmer:

- unaufgefordert sobald wie möglich ein auf seine Kosten erstelltes ausführliches Arztzeugnis einreichen, welches genaue Angaben über die Art der Erkrankung oder der Verletzungen sowie über deren vermutliche Folgen enthält.
- alle geforderten ergänzenden Auskünfte zur behandelten Krankheit oder zum Unfall erteilen.

5.6 Der Versicherer kann personenbezogene Gesundheitsdaten bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erheben, soweit dies zur Beurteilung seiner Leistungspflicht erforderlich ist und die versicherte Person hierzu ihre Einwilligung erteilt hat. Der Versicherer wird der versicherten Person eine beabsichtigte Datenerhebung mitteilen und sie zugleich auf ihr Widerspruchsrecht hinweisen. Ferner kann die versicherte Person verlangen, dass eine Datenerhebung nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt wurde.

5.7 Hat der Unfall (Ziffern 1.4) oder die Krankheit (Ziffer 1.5) den Tod zur Folge, so ist dieser innerhalb von 7 Tagen zu melden, auch wenn der vorhergehende Unfall oder die vorhergehende Krankheit schon angezeigt waren. Der Versicherer hat das Recht, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

- 5.8 Die versicherte Person muss sich Untersuchungen zur Feststellung des Leistungsfalls und späteren Kontrolluntersuchungen durch Ärzte seiner Wahl oder bei Unstimmigkeiten der Diagnose nach Wahl des Versicherers unterziehen; im Falle einer ungerechtfertigten Verweigerung kann der Versicherungsnehmer jeden Anspruch auf Versicherungsleistungen verlieren. Beauftragt der Versicherer eine ärztliche Untersuchung, so trägt er deren Kosten.
- 5.9 Sollte die versicherte Person infolge eines Unfalls (Ziffer 1.4) oder einer Krankheit (Ziffer 1.5) berufsunfähig geworden sein und dieses dem Versicherer gemeldet haben, wobei es nicht darauf ankommt, ob es sich zu diesem Zeitpunkt um eine vorübergehende oder dauernde Berufsunfähigkeit handelt, so hat der Versicherer das Recht, die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit an die Zustimmung eines von ihm beauftragten Arztes zu knüpfen. Im Fall einer Uneinigkeit zwischen dem vom Versicherer beauftragten Arzt und dem betreuenden Arzt der versicherten Person gelten die Ziffern 7.3 und 7.4 entsprechend.
- 5.10 Für den Fall der Versicherungsleistung bei vorübergehender Sportunfähigkeit gelten zusätzlich folgende spezielle Regelungen:
- Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer das Arzteugnis (die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) innerhalb der dem Vertrag zugrundeliegenden Karenzfrist vorlegen. Aus diesem muss klar hervorgehen: Beginn und Ende der Arbeitsunfähigkeit mit ICD-Code, %-Grad der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit und Ausstellungsdatum. Wenn er dies später macht, wird das Tagegeld erst ab Eingang des Arzteugnisses beim Versicherer oder bei seinem Vertreter ausgezahlt. Zurückliegende Tage werden dabei nicht mehr berücksichtigt.
  - Wenn nicht anders vereinbart, muss das Arzteugnis immer nach 15 Tagen erneuert werden. Die Kosten für diese Zeugnisse gehen zu Lasten der versicherten Person.

## § 6 Folgen von Obliegenheitsverletzungen – Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- 6.1 Bei schuldhafter Nichtbeachtung dieser Pflichten ist der Versicherer berechtigt, den Schadenfall abzulehnen oder eine entsprechende Kürzung seiner Leistungen vorzunehmen, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder der Versicherte kann den Beweis erbringen, dass die Nichtbeachtung der vertraglichen Verpflichtungen keinen Einfluss auf die Folgen und die Beurteilung des **Schadenfalles** hatten.
- 6.2 Die obenerwähnte Ablehnung oder Kürzung wird jedoch nur vorgenommen, wenn sich aus den Umständen ergibt, dass der Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder der Anspruchsberechtigte der Nichtbeachtung schuldig ist.
- 6.3 Falls die versicherte Person nicht Ziffer 5.2. erfüllt, hat der Versicherer das Recht, den Versicherungsschutz zu begrenzen.

## § 7 Leistungsbeantragung und medizinische Überprüfung

- 7.1 Für den Fall einer Leistung bei vorübergehender Berufsunfähigkeit (Ziffer 2.3) und einer Todesfalleistung (Ziffer 2.4) wird mit der Schadenmeldung automatisch die Leistung beantragt.
- 7.2 Für den Fall einer Leistung bei dauernder Berufsunfähigkeit (Ziffer 2.2) muss die Leistung vom Versicherungsnehmer innerhalb der Frist beantragt werden. Dieses geschieht durch ein Gutachten eines Arztes nach Wahl des Versicherungsnehmers. Der Versicherer hat das Recht, das Ergebnis dieses Gutachtens durch einen Arzt seiner Wahl auf seine Kosten überprüfen zu lassen.
- 7.3 Besteht zwischen dem Versicherungsnehmer einerseits und dem Versicherer andererseits über die Ursachen und Folgen eines Schadens keine Einigkeit, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Landesärztekammer am letzten deutschen Wohnort der versicherten Person um die Benennung eines fachkundigen Schiedsrichters (Facharzt) zu bitten, welcher entscheiden wird. Sofern kein deutscher Wohnsitz vorhanden ist oder war, ist die Landesärztekammer Stuttgart anzurufen.
- 7.4 Jede Partei bezahlt die Honorarkosten für ihren Experten und gegebenenfalls die Hälfte des Honorars für den Schiedsrichter. Das Urteil des Schiedsrichters ist für beide Seiten bindend.

## § 8 Fälligkeit der Leistungen

- 8.1 Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs bzw. Krankheitsbeginns und der Folgen beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet innerhalb von drei Monaten zu erklären, ob er einen Anspruch anerkennt. Bei der Beantragung einer Versicherungsleistung bei vorübergehender Berufsunfähigkeit (Ziffer 2.3) verkürzt sich diese Frist auf 14 Tage.
- 8.2 Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich der Versicherer und der Versicherungsnehmer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von 14 Tagen.
- 8.3 Der Versicherer hat im Leistungsfall Anspruch auf den vollen Jahresbeitrag. Sollten offene Inkassoforderungen bestehen, werden diese mit evtl. Schadenzahlungen verrechnet.

## § 9 Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

- 9.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, jedoch nicht vor der schriftlichen Annahme des vom Versicherungsnehmer unterzeichneten Antrags durch den Versicherer und nicht vor Zahlung des Einlösebeitrages.

Der Vertrag wird für die Dauer eines Jahres geschlossen, sofern im Versicherungsschein nichts anderes bestimmt ist. Er verlängert sich automatisch ohne erneute Gesundheitsprüfung um ein weiteres Jahr, wenn er nicht unter Einhaltung einer Frist von 60 Tagen durch den Versicherer oder den Versicherungsnehmer gekündigt wurde.

Der Vertrag endet automatisch je nach Leistungsart bei Eintritt in den Ruhestand, dem Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit oder mit dem Tod der versicherten Person.

- 9.2 Darüber hinaus ist eine Vertragsauflösung unter den nachfolgend aufgeführten Umständen möglich:

A. Durch den Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person, wobei die versicherte Person – sofern Beitragszahler – selbst berechtigt ist, im Zusammenhang mit seiner Versicherungsdeckung zu kündigen:

- mit einer Frist von 30 Tagen nach jedem **Schadenfall**, für welchen eine Entschädigung geschuldet ist, spätestens aber 14 Tage nach Kenntnisnahme der vom Versicherer erbrachten Leistung. Im Falle eines leistungspflichtigen Schadens im laufenden Versicherungsjahr steht dem Versicherer die volle Jahresprämie zu.
- bei einem Wechsel des Berufes für den kein Alternativtarif vorhanden ist, innerhalb von 3 Monaten ab Eintritt des Ereignisses. Die Kündigung tritt mit Eingang der Meldung in Kraft. Nach Ablauf der 3 Monate gilt die reguläre Kündigungsfrist.
- Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person kann bestimmen, dass die Kündigung nicht mit einer Frist von 30 Tagen Gültigkeit entfaltet, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam sein soll.

#### B. Durch den Versicherer

- mit einer Frist von 60 Tagen nach der Entschädigungsleistung im **Schadenfall** (nicht jedoch vor der ersten Hauptfälligkeit). Der Vertrag kann geändert (z.B. Leistungsausschluss, Risikozuschlag) oder gekündigt werden.
- mit einer Frist von 60 Tagen zu jeder Hauptfälligkeit.
- nach einem **Schadenfall**, der 30 aufeinanderfolgende Tage oder mehr andauert, zum Ablauf oder zu jeder Hauptfälligkeit unter Berücksichtigung einer mindestens 60-tägigen Kündigungsfrist. Der Vertrag kann geändert oder gekündigt werden. Die Verpflichtung zur Leistung bleibt davon unberührt.

Wenn die versicherte Person es unterlässt, den Versicherer über einen **Schadenfall**, der mehr als 60 Tage vor Hauptfälligkeit eingetreten ist, zu unterrichten, kann der Vertrag zur nächsten Hauptfälligkeit mit einer Frist von 60 Tagen geändert oder gekündigt werden.

#### C. Von Rechts wegen, wenn dem Versicherer die Bewilligung entzogen wird.

- 9.3 Bei der Absicherung von vorübergehender Berufsunfähigkeit (Ziffer 2.3.), ist eine Teilvertragsänderung innerhalb von 2 Monaten – rückwirkend zum Eintritt der Änderung – möglich, sofern sich durch einen Arbeitgeberwechsel die Lohnzahlungsdauer ändert. Diese ist Nachzuweisen.

Bei späterem Eingang besteht das Umstellungsrecht erst ab Eingang der Mitteilung beim Vertragsbetreuer.

Sollte die zu ändernde Karenzfrist 365 Tage sein, ist die Leistungsdauer auf maximal 365 Tage begrenzt. Eine reguläre Kündigung ist zur jeweiligen Hauptfälligkeit unter Einhaltung der Fristen in 9.2. möglich.

- 9.4 Die Partei, die den Vertrag kündigt, muss der Gegenpartei textlich davon Kenntnis geben. Die Kündigungsanzeige hat die Aufhebung des Versicherungsschutzes ab der Wirksamkeit des Kündigungsdatums zur Folge. Bei einer Kündigung kann dies auch textlich per Telefax oder E-Mail erfolgen, jedoch immer mit einer Unterschrift des Versicherungsnehmers. Bei Unstimmigkeiten muss der Zugang bei der anderen Partei allerdings bewiesen werden.

### § 10 Beitrag und Beitragszahlung – Versicherungssteuer – Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung

- 10.1 Der Beitrag wird auf Grund der bei Vertragsabschluss gemachten Angaben, des abgeschlossenen Versicherungsschutzes sowie bei gewissen Deckungen nach dem Alter der versicherten Person berechnet.

- 10.2 Den Beitrag zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung monatlich, viertel-, halb- oder jährlich zahlen. Eine pro rata Zahlung bei Einmalbeitrags-Verträgen ist nicht möglich. Bitte beachten Sie, dass die Beiträge risikogerecht kalkuliert werden. Das bedeutet, dass die Beiträge mit steigendem Alter ebenfalls steigen, weil sich mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Versicherungsfalles im Sinne dieser Bedingungen erhöht. Einzelheiten entnehmen Sie den allgemeinen Informationen zu Ihrem Vertrag mit der dazugehörigen Beitragsübersicht. Diese Erhöhung löst kein Sonderkündigungsrecht aus.

- 10.3 Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält anfallende Gebühren und die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

- 10.4 Der Beitrag einschließlich etwaiger Zuschläge, Gebühren und Versicherungssteuer ist bei der Direktion und dem Sitz des Versicherers oder dessen Vertreters unverzüglich fällig und zahlbar. Die Fälligkeiten sind im Versicherungsschein festgelegt.

- 10.5 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Zahlung auf Rechnung:

Zahlt der Versicherungsnehmer den Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurde. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Zahlt der Versicherungsnehmer den Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

- 10.6 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung:

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

Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

## 10.7 Teilzahlung und Folgen des Zahlungsverzugs

Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, werden die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät. Wir können auch in Zukunft Jahresbeiträge verlangen.

## § 11 Vorvertragliche Anzeigepflicht – Rücktrittrechte

- 11.1 Der Versicherungsnehmer hat bis zur Annahme des Vertrages durch den Versicherer alle ihm bekannten erheblichen Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen.
- 11.2 Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Ein Umstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als gefahrerheblich.
- 11.3 Soll eine andere Person als der Versicherungsnehmer versichert werden, ist diese neben dem Versicherungsnehmer für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an diese Person gestellten Fragen verantwortlich.
- 11.4 Unvollständige oder unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.
- 11.5 Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.
- 11.6 Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen kündigen.
- 11.7 Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- 11.8 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.
- 11.9 Tritt der Versicherer nach Eintritt eines Versicherungsfalles zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Es besteht auch in diesem Fall kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.
- 11.10 Dem Versicherer steht der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 11.11 Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- 11.12 Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- 11.13 Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb von 30 Tagen nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen.
- 11.14 Der Versicherer muss die ihm nach § 11 zustehenden Rechte innerhalb von 30 Tagen textlich geltend machen. Dabei hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt.
- 11.15 Dem Versicherer stehen die Rechte nach § 11 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.
- 11.16 Der Versicherer kann sich auf die in § 11 genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- 11.17 Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

## § 12 Anzeigepflichten während der Vertragslaufzeit

- 12.1 Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte muss den Versicherer textlich, per Telefax oder per E-Mail über berufliche oder sportliche Risikoänderungen innerhalb von 14 Tagen nach deren Kenntnisnahme informieren, wenn diese Änderungen eine Situation schaffen, auf welche die bei Vertragsabschluss gemachten Angaben nicht mehr zutreffen.
- 12.2 Stellen diese Änderungen ein neues und/oder größeres Risiko dar, welches der Versicherer im Zeitpunkt der Vertragsunterzeichnung abgelehnt oder nur mittels Beitragserhöhung oder Deckungsminderung versichert hätte, so zieht die Nichtangabe der Risiken die vorgesehenen Sanktionen nach Ziffer 11.4 nach sich.

Der Versicherer hat das Recht, den Vertrag innerhalb von 10 Tagen zu kündigen oder eine Beitragserhöhung vorzuschlagen:

- Entscheidet sich der Versicherer für eine Kündigung, so tritt diese 30 Tage nach deren Anzeige in Kraft, wobei der nicht verbrauchte Anteil des bereits bezahlten Beitrags zeitanteilig zurückerstattet wird.

- Schlägt der Versicherer eine Beitragserhöhung vor, so kann der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte diese innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Zusendung der Mitteilung des Versicherers ablehnen; andernfalls gilt die Beitragsanpassung als angenommen. Widerspricht der Versicherungsnehmer der Beitragserhöhung, so hat der Versicherer das Recht, den Vertrag mit einer Frist von 30 Tagen zu kündigen.
- 12.3. Stellen diese Veränderungen eine Verminderung eines erschwerten Risikos dar, welches zu einer Beitragserhöhung Anlass gab, hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf eine Reduktion des Beitrags. Gewährt der Versicherer diese Reduktion nicht, kann der Versicherungsnehmer die Kündigung des Vertrags fordern. Diese Kündigung entfaltet ihre Wirkung nach 30 Tagen; der Versicherer wird dann den nicht verbrauchten Anteil des bereits bezahlten Beitrags zeitanteilig zurückerstatten.
- 12.4. Ziffer 11.4 gilt auch während der Vertragslaufzeit. Bei der Mitteilung sind die Fristen gemäß Ziffer 12.1 zu beachten.

### **§ 13 Anzeigen, Erklärungen und Zahlungen (Assekuradeur)**

- 13.1 Der im Versicherungsschein genannte Assekuradeur / Vertragsbetreuer wickelt den Geschäftsverkehr zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer ab und ist daher von dem Versicherer bevollmächtigt, Anzeigen, Deklarationen und Willenserklärungen entgegenzunehmen und verpflichtet sich, diese unverzüglich an den Versicherer weiterzuleiten.
- 13.2 Eine Änderung des Namens oder der Postanschrift des Versicherungsnehmers ist unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gilt die zuletzt bekannte Anschrift als Zustelladresse; die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen.

### **§ 14 Führungsklausel bei Verträgen mit mehreren beteiligten Versicherern**

- 14.1 Der führende Versicherer ist bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers für alle beteiligten Versicherer in Empfang zu nehmen.
- 14.2 Die beteiligten Versicherer erkennen alle durch den führenden Versicherer getroffenen Entscheidungen als für sich verbindlich an.
- 14.3 Erklärungen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person gelten den beteiligten Versicherern gegenüber als erfüllt, wenn sie dem führenden Versicherer zugegangen sind.
- 14.4 Der Versicherungsnehmer wird bei Streitfällen aus diesem Vertrag seine Ansprüche nur gegen den führenden Versicherer geltend machen.
- 14.5 Die beteiligten Versicherer erkennen die gegen den führenden Versicherer rechtskräftig gewordene Entscheidung und die von diesem mit dem Versicherungsnehmer nach Rechtshängigkeit geschlossenen Vergleich als auch für sich verbindlich an.

### **§ 15 Anwendbares Recht / Gerichtsstand**

- 15.1 Der Vertrag unterliegt in allen seinen Teilen, auch hinsichtlich aller Fragen, die das Zustandekommen, seine Wirksamkeit oder Auslegung betreffen, ausschließlich deutschem Recht. Dies gilt auch für Risiken außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- 15.2 Gerichtsstand ist der Sitz des Versicherungsnehmers, soweit sich dieser innerhalb der EU befindet. Befindet sich der Wohnsitz außerhalb der EU, ist das Amtsgericht in Reutlingen beziehungsweise – falls der Streitwert 5.000 Euro übersteigt – das Landgericht in Stuttgart zuständig.

### **§ 16 Rückkaufswert**

Die Versicherung hat keinen Rückkaufswert.

### **§ 17 Überschussbeteiligung**

Die Versicherung ist nicht am Überschuss des Versicherers beteiligt.

### **§ 18 Salvatorische Klausel**

Ist eine der Regelungen dieses Vertrages unwirksam, soll sie durch eine Regelung ersetzt werden, die dem wirtschaftlichen Erfolg der unwirksamen Bestimmung soweit als möglich entspricht. Die Wirksamkeit des Vertrages bleibt im Übrigen davon unberührt.

### **§ 19 Sanktionsklausel**

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union der oder Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

### **§ 20 Terrorklausel (sofern beantragt)**

Durch die Zahlung des zusätzlichen Beitrages von 10% auf den Grundbeitrag werden die folgenden Ausschlüsse in den Versicherungsbedingungen (§ 3 und 4) gestrichen:

- Kernspaltung oder radioaktive Strahlung, es sei denn, sie sind medizinisch verordnet
- Terroristische Handlung durch nukleare, biologische und chemische Waffen
- Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffenchemische Waffen)

### **§ 21 Sonstiges**

- 21.1. Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mittels der Jahresinformation das Bruttoeinkommen der versicherten Person mitteilen.
- 21.2. Bei Arbeitslosigkeit der versicherten Person kann der Vertrag für maximal 12 Monate ruhen oder aufgehoben werden.

Die Aufhebung des Vertrages kann mittels Arbeitslosenbescheid innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt erfolgen; bei späterem Eingang erst ab diesem Datum. Sollte der Vertrag monatlich gezahlt werden, erfolgt die Aufhebung ab der nächsten Zahlfälligkeit nach Eingang des Bescheides.

Bei Ruhen des Vertrages besteht in dieser Zeit kein Beitrags- und Leistungsanspruch.

21.3. Schadenfreiheitsrabatt

Der Tarif „SFR“ beinhaltet einen Schadenfreiheitsrabatt von 20% auf den Beitrag ab der nächsten Hauptfälligkeit, sofern in der aktuellen Versicherungsperiode kein Schaden gemeldet bzw. eine Leistung geltend gemacht wurde.

Sollte eine Nachmeldung eines Schadens, Anspruchs oder Leistung erfolgen, entfällt der Schadenfreiheitsrabatt auch rückwirkend. Diese Erhöhung löst kein Sonderkündigungsrecht aus.

Ausgenommen von dieser Regelung sind Tarife, die bereits rabattiert sind.

## V. MERKBLATT ZUR DATENVERARBEITUNG

### Einwilligungserklärung Datenschutz (Datenspeicherung, -weitergabe u. -anforderung, sowie z. Werbung)

#### 1. Präambel

Der Antragsteller (nachfolgend Auftraggeber bzw. Sie/Ihr genannt) wünscht die Vermittlung und/oder Verwaltung seiner Vertragsverhältnisse gegenüber Versicherern, Bausparkassen und/oder Anlagegesellschaften und/oder sonstigen Unternehmen, mit welchen die Firma „Wunderlich Cover Solutions GmbH \* Große Heerstr. 63 \* D-72793 Pfullingen \* info@wunderlich.gmbh“ (nachfolgend „WCS“ bzw. „Wir“ genannt) zusammenarbeitet, aufgrund der vereinbarten Regelungen mit WCS. Zu deren Umsetzung, insbesondere der Vertragsvermittlung und -verwaltung, soll WCS alle in Betracht kommenden Daten des Auftraggebers verarbeiten, erhalten, verwenden, speichern, übermitteln und weitergeben dürfen.

#### 2. Name und Anschrift des für die Verarbeitung Verantwortlichen

Verantwortlicher im Sinne der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ist:

Claus Wunderlich, Wunderlich Cover Solutions GmbH \* Große Heerstr. 63 \* D-72793 Pfullingen sowie die jeweiligen Versicherer.

#### 3. Rechtsgrundlage, Einwilligung in die Datenverarbeitung

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

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

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

(4) WCS darf die Auftraggeberdaten, insbesondere auch die Gesundheitsdaten des Auftraggebers, zur Einholung von Stellungnahmen und Gutachten, sowie zur rechtlichen Prüfung von Ansprüchen an von Berufswegen zur Verschwiegenheit verpflichtete Personen (z.B. Anwälte und Steuerberater) weitergeben.

#### 4. Befugnis der Versicherer / der Vertragspartner

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

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

#### 5. Mitarbeiter und Vertriebspartner

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

#### 6. Anweisungsregelung

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

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

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

#### 8. Rechte des Auftraggebers als betroffene Person

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

#### 9. Kooperationspartner

Dem Auftraggeber ist bekannt, dass WCS im Rahmen seiner auftragsgemäß übernommenen Aufgaben mit Kooperationspartnern zusammenarbeitet. Aus diesem Grunde wurden die Kooperationspartner bevollmächtigt. Zum Zwecke der auftragsgemäßen Umsetzung ist es neben der Bevollmächtigung ebenfalls erforderlich, dass der Kooperationspartner die Daten des Auftraggebers erhält und ebenfalls im Rahmen dieser datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung zur Datenverwendung, Weitergabe oder Speicherung berechtigt ist. Den nachfolgend genannten Kooperationspartnern wird daher die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung im Umfang der hiesigen Datenschutzerklärung erteilt. Dies gilt insbesondere auch für die sensiblen persönlichen Daten, insbesondere auch die Gesundheitsdaten des Auftraggebers. Der Auftraggeber willigt in die Datenverwendung aufgrund dieser Datenschutzvereinbarung hinsichtlich der nachfolgend genannten Unternehmen ein:

- Die Sport Assekuranz Financial & Insurance Broker GmbH & Co. KG, Postfach 7129, 72784 Pfullingen
- Wunderlich Financial Consulting GmbH, Erlenstr. 27, 2555 Brügge

Der Auftraggeber erklärt die Einwilligung der Datenweitergabe an die vorgenannt benannten Unternehmen, sofern dies zur auftragsgemäßen Erfüllung von WCS erforderlich ist.

#### 10. Rechtsnachfolger

(1) Der Auftraggeber willigt ein, dass die von WCS aufgrund der vorliegenden Datenschutzerklärung erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Informationen, Daten und Unterlagen, insbesondere auch die Gesundheitsdaten, an einen etwaigen Rechtsnachfolger von WCS bzw. einen

Erwerber des Versicherungsbestandes weitergegeben werden, damit auch dieser seine vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen als Rechtsnachfolger von WCS erfüllen kann. Die Einwilligung erfolgt nach Art. 9 Abs. 1 DSGVO.

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

#### **11. Notfallklausel für Urlaubs- und Krankheitsvertretung**

Der Auftraggeber willigt ausdrücklich ein, dass sich WCS von einem anderen zugelassenen Versicherungsvermittler vertreten lassen darf. Vertretungsfälle sind insbesondere die Urlaubsabwesenheit von WCS, Erkrankung, Berufsunfähigkeit oder Todesfall. Für die Fälle einer erforderlichen Vertretung der Kundeninteressen wird als berechtigter Vertreter ein/e Versicherungsvermittler/-in bzw. Firma die Vertretung übernehmen und erhält Einsichtsrechte in die Kundendaten. Hiermit erklärt sich der Auftraggeber auch ausdrücklich einverstanden. Die Berechtigung für den jeweiligen Kollegen wird erteilt. Dieser ist von uns vorher individuell zu benennen.

Entsteht ein erforderlicher Vertretungsfall, so wird der vorgenannte Kooperationsvermittler als Erfüllungsgehilfe und in Untervollmacht von WCS tätig.

#### **12. Keine Datenübertragung in Drittländer**

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

#### **13. Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung**

WCS verzichtet auf eine automatische Entscheidungsfindung oder ein Profiling.

#### **14. Widerruf**

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

#### **15. Einwilligungserklärung bei besonderen personenbezogenen Daten**

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

#### **16. E-Mail-Kommunikation**

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

#### **17. Erlaubnis zur Kontaktaufnahme**

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

Der Auftraggeber kann diese Erlaubnis jederzeit ganz oder für bestimmte Kommunikationswege gegenüber WCS widerrufen oder die Kontaktaufnahme auf bestimmte Informationen inhaltlich beschränken.

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

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

**Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.**

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit uns bestehenden Verträge können wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung nutzen, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Versicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2a i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2j DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1c DSGVO. Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

## Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

### Rückversicherer:

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

### Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsfalldaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

### Externe Dienstleister:

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

### Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

## Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen bzw. die jeweiligen Versicherer geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren nach Beendigung des Vertrages.

## Betroffenenrechte

Sie können unter der genannten Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

## Widerspruchsrecht

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

## Beschwerderecht

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

## Automatisierte Einzelfallentscheidungen

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

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt **WCS** sowie die **Versicherungsgesellschaft, mit der der Versicherungsvertrag abgeschlossen wird** (nachfolgend "Versicherung"), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Versicherungsgesellschaft, mit der Ihr Versicherungsvertrag geschlossen wird, Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Außerdem benötigt die Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

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

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

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

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

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Versicherung

Ich willige ein, dass die WCS GmbH sowie die Versicherung, die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Versicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Versicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### **Möglichkeit I:**

Ich willige ein, dass die Versicherung – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Versicherung übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Versicherung an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Versicherung tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

#### **Möglichkeit II:**

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

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

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss durch die Versicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

## **2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Versicherung konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedarf die Versicherung einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### **Möglichkeit I:**

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

#### **Möglichkeit II:**

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

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

Die Versicherung verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### **3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Versicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Versicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten entbinde ich die für die Versicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Versicherung führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Versicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

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

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

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

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Versicherung Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Versicherung Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

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

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

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

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

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

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

Die Versicherung gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen über Ihren Vertrag dem Vermittler zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler Ihres Vertrags erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt sie auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

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

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

Ich willige ein, dass WCS und die Versicherung meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichern und nutzen dürfen.

## VII. ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN (AGB) - ONLINE

**Allgemeine Geschäftsbedingungen – Online** – der Firma Wunderlich Cover Solutions GmbH (nachfolgend WCS genannt)

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

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

Dies beinhaltet auch die Erstellung des Versicherungsscheins sowie das Inkasso.

Mir ist bewusst, dass WCS ausdrücklich keine Versicherungsvermittlung über das Onlineportal anbietet.

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

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

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

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

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

### Preisliste für Servicedienstleistungen

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

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

## Wichtige Informationen im Schadensfall zu Ihrem Berufsunfähigkeitsvertrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerade im Schadenfall ist es wichtig, dass Sie als Versicherungsnehmer professionell handeln.

Bitte befolgen Sie daher unbedingt die folgenden Verhaltensregeln! Eine Nichtbeachtung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen und erschwert eine zügige Schadenregulierung.

- Lassen Sie sich bei einem Unfall oder einer Erkrankung unbedingt **unverzüglich** ärztlich behandeln und folgen Sie den Anweisungen des Arztes.
- Melden Sie den Unfall oder die Erkrankung, die **länger als 30 Tage** am Stück andauert, uns innerhalb von 90 Tagen ab dem Ereignis.
- Lassen Sie uns unbedingt die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit (AU) **vor Ablauf der Karenzfrist** (Leistung ab x. Tag im Versicherungsschein genannt) zukommen. Bei späterem Eingang erfolgt die Leistung erst ab diesem Tag und nicht für zurückliegende Tage.
- Informieren Sie auch andere Leistungsträger (Arbeitgeber, Berufsgenossenschaft, etc.) über die AU.
- Sollte die vollständige Berufsunfähigkeit eintreten, ist der Anspruch spätestens innerhalb von 24 Monaten ab dem Schadentag anzufordern.
- Sofern der Unfall durch **Dritte** verursacht wurde (auch Tiere oder Kfz von Dritten), sollte der Unfallverursacher in jedem Fall unverzüglich seine Haftpflichtversicherung informieren und Sie selbst entsprechende **Haftpflichtansprüche** stellen.
- Beachten Sie unbedingt die **Fristen (Obliegenheiten)** für Ihren Versicherungsvertrag! Diese finden Sie im jeweiligen Bedingungsmerk.

Gerne unterstützen wir Sie bei der korrekten Abwicklung des Schadens. Bitte rufen Sie uns bei Fragen einfach kurz an!

Beachten Sie aber bitte, dass die Versicherungsgesellschaften die Schadenabwicklung direkt aus Ihren jeweiligen Hauptverwaltungen heraus machen bzw. Schadenabwickler beauftragen.

Wir treffen keine Entscheidungen und führen keine Schadenzahlungen durch.

Stand: 03.2025

### Firma

Wunderlich Cover Solutions GmbH  
Sitz: Pfullingen  
Amtsgericht Stuttgart HRB 778568

### Postanschrift

Postfach 7129 \* D-72784 Pfullingen  
Große Heerstr. 63 \* D-72793 Pfullingen

### Kommunikation

Tel. +49 7121 3811870  
Fax. +49 7121 3811871  
Email. [info@wunderlich.gmbh](mailto:info@wunderlich.gmbh)  
<https://www.wunderlich.gmbh>

### Geschäftsführung

Claus Wunderlich