

Antrag auf Sterbegeldversicherung

DELA sorgenfrei Leben (Tarif 1.0)

Vertriebspartner-Nr.:

Versicherungsnehmer (VN)	Versicherungsnehmer ist zugleich versicherte Person		Ja	Nein
Anrede	Herr	Frau		
Vorname			Nachname	
PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)			Geb.-Datum	
Straße, Haus-Nr.			Staatsangehörigkeit	
E-Mail			Telefon	

Versicherte Person (VP) (nur ausfüllen, falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Anrede	Herr	Frau		
Vorname			Nachname	
PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)			Geb.-Datum	
Straße, Haus-Nr.			Staatsangehörigkeit	
E-Mail			Telefon	

Erklärung zum Versicherungsbedarf der versicherten Person

Tarifwahl

Mit Wartezeit (Wartezeit von 24 Monaten ab Versicherungsbeginn, keine Gesundheitserklärung)

Ohne Wartezeit (sofortiger Versicherungsschutz ohne Wartezeit, Gesundheitserklärung)

Versicherungssumme	<input type="checkbox"/> 5.000 €	<input type="checkbox"/> 7.500 €	<input type="checkbox"/> 10.000 €	<input type="checkbox"/>	€	Versicherungsbeginn
Beitragszahlung	<input type="checkbox"/> bis Endalter 65	<input type="checkbox"/> bis Endalter 75	<input type="checkbox"/> bis Endalter 85	<input type="checkbox"/> lebenslang	Zu zahlende Prämie	<input type="checkbox"/> €
Zahlweise	<input type="checkbox"/> einmalig	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> ¼ jährlich	<input type="checkbox"/> ½ jährlich	<input type="checkbox"/> jährlich	

Bezugsrecht

Sollten Sie keine bezugsberechtigte Person benennen, so sind der Versicherungsnehmer bzw. dessen gesetzliche Erben bezugsberechtigt. Wir empfehlen Ihnen, die bezugsberechtigte Person immer namentlich zu benennen.

Ehepartner eingetragener Lebenspartner	Versicherungsnehmer/seine Erben Kinder zu gleichen Anteilen	Sonstige namentliche Nennung	
Bezugsberechtigter ist:	Herr	Frau	Geburts- tag
	Herr	Frau	Geburts- tag
	Herr	Frau	Geburts- tag
	Herr	Frau	Geburts- tag

Kostenfrei mitzuversichernde Kinder unter 18 Jahre

Vor- und Nachname	Geb.-Datum	Geschlecht	W	M
Vor- und Nachname	Geb.-Datum	Geschlecht	W	M
Vor- und Nachname	Geb.-Datum	Geschlecht	W	M

Sollten Sie weitere Kinder angeben wollen, teilen Sie uns dies bitte auf einem gesonderten Blatt mit.

Gesundheitserklärung der versicherten Personen (Bitte ausfüllen, wenn Sie den Tarif ohne Wartezeit wünschen)

Für die Beantwortung dieser Fragen ist keine ärztliche Bestätigung notwendig. Sie sind verpflichtet die Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Als versicherte Person bestätige ich, aktuell und in den letzten 5 Jahren für keine der folgenden Erkrankungen in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein: Krebserkrankung/Tumore, Herz- und Gefäßkrankheiten, Alkohol- oder Drogensucht, HIV/Aids, psychische, neurologische Störungen, Krankheit innerer Organe, Blutkrankheit, Diabetes Mellitus.

Des Weiteren bestätige ich, in den letzten 2 Jahren keine apothekenpflichtigen Medikamente länger als 6 Wochen ununterbrochen verwendet zu haben. Nicht zu nennen sind: Medikamente gegen Heuschnupfen/Allergien, Gicht/erhöhte Harnsäurewerte, Anti-Babypille, Schilddrüse, erhöhte Magensäure.

Versicherte Person

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Angaben auf mich zutreffen.

Ich bin/war für folgende Erkrankungen in ärztlicher Behandlung bzw. verwende oder habe folgende apothekenpflichtige Medikamente verwendet:



Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person

Allgemeine Angaben über die für Sterbegeldversicherungen geltenden Steuerregelungen

- (1) Beiträge zur Sterbegeldversicherung sind von der Versicherungssteuer befreit (§ 4 Nr. 5 VersStG).
- (2) Die Prämien sind als Sonderausgaben im Rahmen der Höchstbeträge (§ 10 Abs. 4 EStG) abzugsfähig.
- (3) Die Leistung aus der Sterbegeldversicherung gehört zum Schonvermögen und wird steuerfrei ausgezahlt, wenn sie bei Auszahlung für die Bestattung verwendet wird (§ 90 Abs. 3 SGB XII).

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die DELA Lebensversicherung N.V. bis auf Widerruf zur Einziehung der Beiträge mittels Lastschrift von meinem Konto. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DELA Lebensversicherung N.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name der Bank

IBAN

Abbuchung zum 1. eines Monats 15. eines Monats

Bitte nur angeben, wenn der Beitragszahler/Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer ist:

Vorname, Name

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber 

(Falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Legitimationsprüfung/Erklärung des Versicherungsnehmers (Geldwäschegesetz)

Versicherungsnehmer ist eine natürliche Person eine juristische Person (ggf. Zusatzformular erforderlich)

Ausweisdaten des Versicherungsnehmers Personalausweis Reisepass
(nicht erforderlich bei Abruf vom eigenen Konto)

Ausweis-/Reisepass-Nr.

Ausstellende Behörde

Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten – Entbindung von der Schweigepflicht

1. Um eine zügige Antragsbearbeitung – oder, später, die Feststellung unserer Leistungspflicht – zu ermöglichen, willige ich hiermit in die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten ein, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versicherten Risikos oder der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist.
2. In diesem Umfang entbinde ich hiermit alle mich behandelnden Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht.
3. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt über meinen Tod hinaus. Der Versicherer darf folglich auch Ärzte, die die Todesursache feststellen, und Ärzte, die mich in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht oder behandelt haben, sowie alle Behörden (mit Ausnahme von Rentenversicherungsträgern) über die Todesursachen und die Krankheiten, die zum Tod geführt haben, befragen.
4. Vor der Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bin ich hierüber zu unterrichten. Ich kann der Erhebung der Gesundheitsdaten widersprechen. Darüber hinaus kann ich jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn von mir jeweils in die einzelne Datenerhebung eingewilligt worden ist.
5. Um eine ordnungsgemäße Leistungsfallbearbeitung oder auch telefonische Kundenbetreuung zu gewährleisten, entbinde ich, soweit erforderlich, die Mitarbeiter der DELA-Gruppe oder einer anderen von ihr beauftragten Stelle im Hinblick auf die Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.
6. Um die Erfüllung meiner Ansprüche abzusichern, ist es erforderlich, Verträge mit Rückversicherern abzuschließen. Um den Rückversicherern die Risikooder Leistungsprüfung zu ermöglichen, ist die Weitergabe personenbezogener Daten für diesen Zweck erforderlich. Insoweit entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.
7. Von der Schweigepflicht geschützte Informationen können selbständigen Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gelangen, damit der Vermittler mich angemessen beraten und betreuen kann. Das gilt auch bei einem Wechsel des Vermittlers. Deshalb willige ich ein, dass der Versicherer meine von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen im erforderlichen Umfang an selbständige Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Einwilligung nach der EU Datenschutzgrundverordnung

1. Ich willige darin ein, dass Antrags-, Gesundheits- und Leistungsdaten von den Unternehmen der DELA Lebensversicherung N.V. erhoben und in gemeinsamen Datensammlungen genutzt werden.
2. Ferner willige ich darin ein, dass diese Daten an den für mich zuständigen Versicherungsvermittler übermittelt werden, sofern der Vermittler diese Daten zur weiteren Betreuung und Beratung benötigt.
3. Darüber hinaus willige ich – bis auf Widerruf – darin ein, dass der Versicherer diese Daten (z.B. Prämien, Versicherungsfälle, Risiko-, Vertragsänderungen, Gesundheitsdaten) an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos oder zu der Frage, ob sie sich an dem Risiko beteiligen wollen, übermittelt.
4. Schließlich willige ich darin ein, dass diese Daten an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) gemeldet werden. Ich möchte auf diese Weise dazu beitragen, dass Auffälligkeiten, die auf einen Versicherungsbetrug hinweisen könnten, angemessen nachgegangen werden kann. Diese Einwilligung erteile ich auch für den Fall, dass der Vertrag nicht zustande kommt, und zwar für einen Zeitraum von 3 Jahren nach Antragstellung.

Ihre Unterschrift bezieht sich auf die Entbindung von der Schweigepflicht sowie die Einwilligung nach der EU Datenschutzgrundverordnung.

X

Ort, Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer

X

Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person

Wahrheitspflicht – Leistungsfreiheit bei Verletzung

1. Wir sind darauf angewiesen, dass Sie uns vor Ihrer Vertragserklärung (Antragsstellung) alle Gefahrumstände, z. B. Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen oder Beschwerden, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzeigen.
2. Wird das Leben anderer Personen versichert, so wird Ihnen das Wissen dieser Personen wie eigenes zugerechnet.
3. Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie haben die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. In diesem Fall verzichten wir auf unsere Rechte gemäß §19 Versicherungsvertragsgesetz den Vertrag zu kündigen oder Vertragsänderungen durchzuführen.
4. Im Fall des Rücktritts sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
5. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
6. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, so können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
7. Unser Rücktritts-, Kündigungs- oder Vertragsanpassungsrecht erlischt 5 Jahre nach Abschluss des Versicherungsvertrags. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, so beträgt die Frist 10 Jahre.
8. Haben wir Kenntnis von der Verletzung der Anzeigepflicht erlangt, so müssen wir unser Rücktritts-, Kündigungs- oder Vertragsanpassungsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.
9. Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

Bestätigung

Ich bestätige, dass ich das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, die Vertragsbedingungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes i.V.m. den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung, allgemeine Angaben über die Steuerregelungen, die Einwilligung nach der EU Datenschutzgrundverordnung, die Schweigepflichtsentbindung nach § 213 Versicherungsvertragsgesetzes und die Erklärung zur Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten vor Antragstellung und im Leistungsfall erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Ich bestätige meine Einwilligung zur Schweigepflichtsentbindung. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt der Police, mit welcher auch die Widerrufsbelehrung zugeht.

X

Ort, Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer

X

Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person