

Antrag

Sterbegeldversicherung

mit planmäßigen Erhöhungen (NÜRNBERGER Plus)

bei der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg

zur Absicherung eines Bestattungsvorsorge-Vertrags

Mitgliedschaft

im Kuratorium Deutsche Bestattungskultur e.V.,

Volmerswerther Straße 79, 40221 Düsseldorf

Im Rahmen des Gruppenvertrags **419.685.9**

Abschlussstelle Inkassostelle Betreuungsstelle
 |6,1,5|0,2|3,0,7,7| |6,1,0|0,0|2,2,0,0| |6,1,5|0,2|3,0,7,7|

Auswerter
 | | | | |

Die Sterbegeldversicherung einerseits und die Mitgliedschaft sowie der Bestattungsvorsorge-Vertrag andererseits sind rechtlich selbstständige Verträge.

Neuabschluss Abweichend: Erhöhung

Versicherungsnehmer (VN) – Antragsteller

Familienname, Titel, Vorname
 | | | | |

Ergänzungen (z. B. Hinweise zum Firmennamen, Adresshinweise u. Ä.) – E-Mail-Adresse*
 | | | | |

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz)
 | | | | |

PLZ (Ausland) Wohnort (Hauptwohnsitz)
 | | | | |

Geburtsdatum Vorwahl, Rufnummer*
 | | | | |

Geburtsort und -land
 | | | | |

Firma/Behörde Eintr.-A Staatsangehörigkeit(en)
 | | | | |

Männlich Arbeitnehmer
 Weiblich Selbstständig, seit | | | | |

Nicht verheiratet Beamter
 Verheiratet Arbeitnehmer ÖD

Ausgeübte Tätigkeit, seit
 | | | | |

Bereits NÜRNBERGER Kunde?
 Nein Ja; bitte VSNR(n) angeben! | | | | |

*Freiwillige Angabe

Versicherte Person
 (nur ausfüllen, wenn nicht selbst Antragsteller)

Familienname, Titel, Vorname
 | | | | |

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz)
 | | | | |

PLZ (Ausland) Wohnort (Hauptwohnsitz)
 | | | | |

Geburtsdatum Eintr.-A Staatsangehörigkeit
 | | | | |

Männlich Arbeitnehmer
 Weiblich Selbstständig, seit | | | | |

Nicht verheiratet Beamter
 Verheiratet Arbeitnehmer ÖD

Ausgeübte Tätigkeit, seit
 | | | | |

Verwandtschaftsgrad zum Antragsteller?

Vertragsdaten zur Sterbegeldversicherung

nach Tarif **N2823K2** bzw. **N2823E** bei Einmalbeitrag

Beginn
 |0,1| |2,0,1,|

Versicherungssumme
 (max. 12.500 EUR) | | | | | EUR

Beitrag | | | | | EUR

Mit durch Rundungen bedingten Abweichungen bin ich einverstanden.

Staffelung der Versicherungsleistung

Bei der Sterbegeldversicherung sind keine Gesundheitsfragen zu beantworten. Im Gegenzug ist die auf den Folgeseiten beschriebene Staffelung der Versicherungsleistung vereinbart.

Beitragszahlungsdauer

Eintrittsalter 20-60 Jahre: Beitragszahlungsdauer 25 Jahre

Eintrittsalter 61-80 Jahre: bis Endalter 85 Jahre

Bei Tarif N2823E: einmalig

Verwendung der Überschussanteile Hauptversicherung (HV)

Bonusansammlung

Zuwendungserklärung

Die während der Dauer des Bestattungsvorsorge-Vertrags auf die Versicherung anfallenden Überschussanteile sollen zu 50 % mit den von mir zu zahlenden Mitgliedsbeiträgen an das Kuratorium Deutsche Bestattungskultur e.V. verrechnet werden.

Bis auf meinen jederzeit möglichen Widerruf wende ich dem Kuratorium Deutsche Bestattungskultur e.V. laufend Beiträge in Höhe der jeweils verrechneten Überschussanteile zu. Dadurch kommen diese Beiträge wirtschaftlich nicht mir, sondern dem Kuratorium Deutsche Bestattungskultur e.V. zur Abdeckung der Verwaltungskosten sowie zur Verwendung entsprechend den satzungsmäßigen Zielsetzungen zugute.

Über die Höhe meiner Zuwendung gibt das Kuratorium Deutsche Bestattungskultur e.V. auf Anfrage jederzeit Auskunft.

Planmäßige Erhöhungen

von Beitrag und Versicherungsleistungen sind für die Versicherungen mit laufender Beitragszahlung vereinbart.

Die Erhöhung des Beitrags erfolgt ab dem 3. Versicherungsjahr jährlich um 3 %.

Der Beitrag erhöht sich ab dem 3. Versicherungsjahr um 5 %.

Erhöhungen des Beitrags finden nicht statt.

Bezugsberechtigung für alle Versicherungsleistungen

Bei Ableben der versicherten Person:

Kuratorium Deutsche Bestattungskultur e.V. unwiderruflich.

Erläuterungen und weitere Informationen zu den Vertragsdaten (z. B. zur jeweiligen Leistung, Dauer und zu Zulässigkeiten) können Sie den Folgeseiten, dem Angebotsausdruck und den Verbraucherinformationen entnehmen.



Als Bestattungsinstitut für meine Vorsorge wünsche ich:

Name des Bestattungsinstituts

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Gruppentarif-Klausel

Gruppentarife sind nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Fehlen Angaben, wird der entsprechende Einzeltarif dokumentiert:

Vertragspartner

Kuratorium Deutsche Bestattungskultur e.V.

Versicherungsnehmer ist Mitarbeiter/Mitglied des Vertragspartners

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG meine für den Gruppenvertrag erforderlichen Daten erhebt, speichert und nutzt.

Wirtschaftlich Berechtigter

Ich, der Antragsteller, bin wirtschaftlich Berechtigter.

Abweichend: Wirtschaftlich Berechtigter ist
(Name, Vorname, Anschrift (Hauptwohnsitz), Staatsangehörigkeit(en),
Geburtsort und -land)

Voraussetzungen

Der Antrag ist von folgenden besonderen Voraussetzungen abhängig:

Sonstige Vereinbarungen

Beitragszahlweise monatlich

Abweichend: ¼-jährlich ½-jährlich jährlich einmalig

Steuerpflicht im Ausland

Ich, der Antragsteller/der wirtschaftlich Berechtigte bin ausschließlich in Deutschland steuerpflichtig.

Abweichend – Bitte nähere Angaben:

Identifizierung des Versicherungsnehmers nach dem Geldwäschegesetz

Erfolgt die Beitragszahlung durch Lastschriftinzug vom Konto des Versicherungsnehmers oder handelt es sich um einen Vertrag der bAV, kann die Identifizierung entfallen (Erläuterungen siehe Folgeseiten).

Identifizierung im Privatgeschäft:

Versicherungsnehmer (Antragsteller)

Nummer des gültigen Personalausweises Reisepasses

Gültig bis

Ausstellende Behörde

Identifizierung von Firmen:

Auszug aus dem Handels-, Genossenschafts- o. ä. amtlichen Register/Verzeichnis
 Formular L300_002
 Auszug der Gründungsdokumente liegt dem Antrag bei.

SEPA-Lastschriftmandat

Konzerngesellschaft

NÜRNBERGER Lebensversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg

Gläubiger-Identifikations-Nr.

DE96ZZZ00000022103

Mit diesem Formular ermächtige ich die vertragsführende Konzerngesellschaft zum Lastschriftinzug. Diese wird mich rechtzeitig vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer(n) mitteilen.

Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN)

Daten des Kontoinhabers (nur auszufüllen, wenn nicht VN)

Herr Frau Firma

Familienname, Titel, Vorname

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz)

PLZ Wohnort (Hauptwohnsitz)

Zahlweg

Lastschrift

Ich ermächtige die oben genannte Konzerngesellschaft, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Konzerngesellschaft auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der SEPA-Lastschriftinzug spätestens 5 Kalendertage vorab angekündigt wird.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: Wiederkehrende Lastschrift Einmallastschrift

IBAN

BLZ Kontonummer
D E _____

Geldinstitut

BIC (sofern zur Hand)

Wichtig: Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Unterschrift des Kontoinhabers

Datum

X

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 die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG – nachfolgend NÜRNBERGER genannt – daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die NÜRNBERGER 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. Ihren betreuenden Vermittler, unsere IT-Dienstleister und Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen.

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

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

- durch die NÜRNBERGER selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2. und 5.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der NÜRNBERGER (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

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

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER 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 Versicherungsvertrags 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 NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER 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 (I) oder später im Einzelfall (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 NÜRNBERGER – 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 10 Jahren vor Antragstellung an die NÜRNBERGER übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

– in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die NÜRNBERGER einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von 5 Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die NÜRNBERGER 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 10 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 10 Jahre nach Vertragsschluss für die NÜRNBERGER konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

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

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der NÜRNBERGER

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

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

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

Die NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die NÜRNBERGER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die NÜRNBERGER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.nuernberger.de/datenschutz eingesehen oder bei NÜRNBERGER, 90334 Nürnberg, Telefon 0911 531-5, info@nuernberger.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die NÜRNBERGER Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER 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 NÜRNBERGER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach §203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die NÜRNBERGER Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungs-schutz beantragen. Ihre Daten werden bei der NÜRNBERGER bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

5. Abfrage bei Auskunftfeien

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken, der Prüfung der Leistungspflicht und der Vertragsverwaltung können auch Daten zur Bonität oder aus Scoringverfahren erforderlich sein. Die NÜRNBERGER benötigt hierzu ihre Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER bei Vertragsabschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von einer Auskunftfeie (z. B. Bürgel, Infocore, Creditreform) einholt und nutzt.

Ebenso willige ich ein, dass zum gleichen Zweck von der INFORMA oder ggf. weiteren vergleichbaren Unternehmen eine in einem Scorewert zusammengefasste Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit, die auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren (beruhend auf Erfahrungswerten) erzeugt wird, eingeholt und genutzt wird. Insoweit entbinde ich die für die NÜRNBERGER tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Unterschrift des Antragstellers und der versicherten Person

Bevor Sie dieses Antragsformular unterschreiben, lesen Sie bitte auf den Folgeseiten die „Wichtigen Erklärungen des Antragstellers zum Versicherungsantrag“, die „Wichtigen Hinweise zum Versicherungsantrag“ und die „Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag“. Ihre Unterschrift gilt für alle vorstehend gesondert hervorgehobenen datenschutzrechtlichen Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen. Sämtliche Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie diese Erklärungen zum Inhalt Ihres Antrags.

Die Risikoprüfung der NÜRNBERGER bewertet Ihre Angaben. Bitte beantworten Sie alle zum Ausfüllen und/oder Ankreuzen vorgesehenen Textfelder im Antrag vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände genau an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen, wie z. B. Ihren Namen oder Ihr Geburtsdatum. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die NÜRNBERGER unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern. Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) auf den Folgeseiten.

Ihre Unterschrift gilt für den beantragten Versicherungsvertrag und die beantragte Mitgliedschaft!

Ort _____ Datum _____ **Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers/Zeichnungsberechtigten**
_____ X

Unterschrift (Vor- und Zuname) der versicherten Person – wenn nicht Antragsteller
_____ X

Verbraucherinformationen

Bevor Sie den Erhalt der Verbraucherinformationen bestätigen, lesen Sie bitte die „Information zur Antragstellung“ auf den Folgeseiten.

Die Verbraucherinformationen habe ich (in Papierform oder/und in elektronischer Form wie z. B. gebrannte CD, USB-Stick) vollständig erhalten und bin mit der Aushändigung in dieser Form einverstanden.

Ort _____ Datum _____ **Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers/Zeichnungsberechtigten**
_____ X

Erklärungen des Vermittlers

Verbraucherinformationen

Ich habe dem Antragsteller bzw. dessen gesetzlichen Vertreter(n) die Verbraucherinformationen in folgender Form zur Verfügung gestellt:

Papier Datenträger (z. B. gebrannte CD, USB-Stick) E-Mail _____

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. Ich bescheinige ferner, dass nach Prüfung der Angaben die Unterschriften im Antrag eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den schriftlichen Antragsklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind. Insbesondere erkläre ich hiermit, dass alle Angaben des Antragstellers/ der versicherten Person wertungsfrei in den Antrag aufgenommen wurden.

Ort _____ Datum _____ **Unterschrift des Vermittlers**
_____ X

Für evtl. Rückfragen zum Antrag: Ansprechpartner, E-Mail, Faxnummer, Telefonnummer

Beratungsbogen zum Sterbegeld

Persönliche Daten des Gesprächsteilnehmers

Versicherungsnehmer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Familienstand

Kinder

Anlass des Gesprächs, Kundenwunsch

Sterbegeld

Bedarfs- und Produktanalyse

Besteht bereits eine Sterbegeldversicherung?

Nein Ja

In Höhe von EUR

Gewünschte Absicherung – Versicherungssumme: EUR

Beratungsergebnis

Empfohlene Bestattungsvorsorge

Begründung für die empfohlene Versorgung

- Es besteht keine Vorsorge zur Deckung der Bestattungskosten.
 Es besteht keine ausreichende Vorsorge zur Deckung der Bestattungskosten.
 Der Kunde hat auf den Einschluss einer Dynamik verzichtet.

Antrag

Es gelten die Angaben des Kunden im Antrag vom

Datum

Entgegen der ausdrücklichen Empfehlung des Vermittlers hat der Kunde folgende Art der Absicherung nicht gewählt

Weitere Details zum Versicherungsumfang regelt der Versicherungsschein.

Zusätzliche Hinweise

Dauer des Gesprächs

von bis

Es besteht Interesse an einem weiteren Termin zu folgenden Themenbereichen:

Datum des Folgetermins

Hiermit bestätige ich, den „Beratungsbogen zum Sterbegeld“ erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort Datum

Unterschrift des Gesprächsteilnehmers

X

Vermittler

Name, Vorname Telefon

Straße, Hausnummer E-Mail-Adresse

PLZ, Ort

Unterschrift des Vermittlers

X



Beitrittserklärung und Mitgliedsausweis

Vorname, Name	
Geburtsname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Wohnort

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Kuratorium Deutsche Bestattungskultur e. V. und erkenne die Satzung an. Als Mitgliedsbeitrag wende ich dem Kuratorium die Hälfte der laufenden Überschussanteile aus meiner Gruppen-Sterbegeldversicherung zur Abdeckung der Verwaltungskosten sowie zur Verwendung entsprechend den satzungsmäßigen Zielsetzungen zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Stempel der Agentur

1. Günstige Tarife durch Gruppenversicherungsvertrag
2. Kompetenter und renommierter Vertreter:
NÜRNBERGER VERSICHERUNGSGRUPPE
3. Vorsorgekarte
4. Notfall-Service 24 Stunden täglich
5. Kostenlose Auslandsrückholgarantie aus dem europäischen und außereuropäischen Ausland
6. Schlichtungsstelle
7. Kostenfreie juristische Erstberatung (15 Minuten)