

Friends Plan

Antrag auf Beitragserhöhung bei einer Hauptversicherung mit eingeschlossener Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (BUZ-B))

Versicherungsnehmer(in)

Versicherungsnehmer(in):

Versicherungsschein-Nr.:

Versicherte Person (VP):

Geburtsdatum (VP):

I. Erhöhungsbeitrag zur Hauptversicherung

Erhöhungsbeitrag:

 €

Mindestens 25 € bei monatlicher, 125 € bei halbjährlicher und 250 € bei jährlicher Zahlungsweise.

Erhöhung zum:

Datum einer Beitragsfälligkeit (mindestens 10 Tage in der Zukunft liegend)

II. Angaben zum Beruf der versicherten Person

Derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung):

Berufsschlüssel:

(Bitte der Angebotssoftware entnehmen)

III. Vertragsdaten der BUZ-B für den Erhöhungsbeitrag

Der Einschluss ist nur möglich, wenn zu der Hauptversicherung bereits eine BUZ-B eingeschlossen ist. Die Beitragsbefreiung gilt nur für einen maximalen Gesamtbeitrag (inkl. dieses Erhöhungsbeitrages) zur Hauptversicherung von 500 € monatlich / 6.000 € jährlich. Dieses gilt übergreifend für alle auf das Leben der versicherten Person abgeschlossenen Friends Plan Verträge inkl. BUZ-B. Der darüber hinausgehende Teil ist nicht mitversichert.

Versicherungsbeginn: Die BUZ-B für den Erhöhungsbeitrag zur Hauptversicherung beginnt zum Erhöhungstermin der Hauptversicherung.

Versicherungsdauer/Beitragszahlungsdauer: Endet spätestens mit dem Ende der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung, maximal bis zum Tag vor der Hauptfälligkeit in dem Jahr, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat bzw. zum Tag vor der Hauptfälligkeit in dem Jahr, in dem die versicherte Person ihr maximal zulässiges Versicherungsendalter zur BUZ-B vollendet hat.

Beitrag für den Risikoschutz:

 €

IV. Risiko- und Gesundheitserklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person

Vorvertragliche Anzeigepflicht:

Bitte beachten Sie diese Hinweise vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen: Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss die nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Bitte ziehen Sie hierzu auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen, in Betracht. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen verantwortlich. Falls Sie oder die versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Denn eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns je nach Verschulden berechtigen, den Vertrag anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder - auch rückwirkend - anzupassen, was zur Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in den §§ 19 ff. VVG sowie in der Gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht.

Fragen an die versicherte Person

Angaben zu Behandlungen wegen Bagatellerkrankungen (Erkältung, Grippe, Prellungen/Verstauchungen, Magen-Darm-Infekt), Zahnbehandlungen oder augenärztliche Kontrolluntersuchungen (bei voller Sehkraft auf beiden Augen) sowie Angaben zu Routineuntersuchungen und regelmäßigen (z.B. gynäkologischen) Kontrolluntersuchungen, die ohne Befund waren, müssen hier nicht gemacht werden:

1. Waren Sie aus gesundheitlichen Gründen innerhalb der letzten 3 Jahre mehr als 10 Tage ununterbrochen arbeitsunfähig oder mehr als 10 Tage im Krankenhaus, Sanatorium oder auf Kur, oder wurden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren im Rahmen medizinischer Untersuchungen (z.B. Labor, Sonographie, Blutdruckmessung, EKG, Röntgen, Kernspin, Scintigraphie, CT etc.) behandlungs- oder kontrollbedürftige Befunde erhoben bzw. stehen noch Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen aus?

Ja Nein

2. Bestehen derzeit akute oder chronische Erkrankungen, Folgen früherer Erkrankungen, stehen Sie in medizinischer Behandlung oder Kontrolle, liegt bei Ihnen eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, ein anerkannter Grad der Behinderung oder der Erwerbsminderung oder eine Berufsunfähigkeit vor oder wurden derartige Anträge gestellt aber noch nicht entschieden?

Ja Nein

V. Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person

Ich erkläre, dass ich die "1. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit", "2. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten" und "3. Erklärung zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten" auf Seite 2 gelesen und verstanden habe. Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Verwendung meiner allgemeinen personenbezogenen Daten, sowie zur Schweigepflichtentbindung und der Verwendung meiner Gesundheitsdaten. Es steht mir frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Ich habe die Antragsfragen nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Gesellschaft bei Verletzung dieser Pflicht vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Datum

TT.MM.JJJJ

Unterschrift(en) Versicherungsnehmer(in)

Versicherte Person (falls abweichend)

Schweigepflicht-Entbindungserklärung: 3.1 Ich wünsche von der „Abweichenden Erklärung“ auf Seite 2 Gebrauch zu machen.

1. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, Friends Provident International, insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden (vgl. dazu Ziffer 2). Einen intensiveren Schutz genießen besondere Arten personenbezogener Daten (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Wir dürfen sie im Regelfall nur verwenden, wenn Sie zuvor hierzu ausdrücklich einwilligen (vgl. dazu Ziffer 3).

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer 2 und Ziffer 3 ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen. Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zu Stande kommt.

Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen in Ziffer 2 und/oder Ziffer 3.1 und 3.2 mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

2. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden:

1. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch Friends Provident International.

2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.

3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen der Aviva Group plc, um die Anliegen im Rahmender Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.

4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

5. durch andere Unternehmen / Personen innerhalb und außerhalb von Friends Provident International, denen der Versicherer (oder Rückversicherer) Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/ Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung einer besonderen Konzerndatenbank. Auf Basis dieser Systeme kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.

7. zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch Friends Provident International, anderer Unternehmen der Aviva Group plc oder den für mich zuständigen Vermittler.

8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem Friends Provident International selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen der Aviva Group plc oder eine Auskunftsfirma (z. B. Infoscore, Creditreform, SCHUFA).

9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem Friends Provident International, ein Unternehmen der Aviva Group plc oder eine Auskunftsfirma eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit (bzw. der Kundenbeziehung, Scoring) einholt.

3. Erklärung zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

3.1. Schweigepflicht-Entbindungserklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht
Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, anderen Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Friends Provident International wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Mitarbeiter von Friends Provident International selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. Medizinische Gutachter übermitteln werden.

Abweichende Erklärung (falls gewünscht bitte auf Vorderseite ankreuzen):

Die vorstehenden Erklärungen möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche dass mich Friends Provident International in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von Ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde.

Bitte beachten Sie, dass durch diese Einschränkungen der Schweigepflichtentbindung zu einer Verzögerung der Leistungsprüfung oder einer Leistungskürzung oder Leistungsfreiheit kommen kann, wenn die Leistungsprüfung nicht abgeschlossen werden kann.

3.2 Erklärung zur Verwendung von Gesundheitsdaten

3.2.a) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung
Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer 3.1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch Friends Provident International ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

3.2.b) Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke
Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer 3.1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer 2. Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen. An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer 2. Nr. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer 2. Nr. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer 2. Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht. Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch die Angehörigen von Friends Provident International selbst von der Schweigepflicht.

Versicherer

Versicherer des Friends Plan ist Friends Provident International.

Friends Provident International ist ein Handelsname der Aviva Life & Pensions UK Limited für Geschäftsaktivitäten außerhalb des Vereinigten Königreichs.

Aviva Life & Pensions UK Limited ist registriert in England unter der Registernummer 3253947.

Hauptsitz: Aviva, Wellington Row, York, YO90 1WR. Die Gesellschaft ist zugelassen von der Prudential Regulation Authority und wird durch die Financial Conduct Authority sowie von der Prudential Regulation Authority reguliert. Die Firmenreferenznummer lautet 185896.

Friends Provident International ist eine registrierte Markenbezeichnung der Aviva group.

Niederlassung in Salisbury: United Kingdom House, Castle Street, Salisbury, Wiltshire SP1 3SH England.

Tel.: +44(0) 1722 421 657 | Fax +44(0) 1722 332 005 | EMail: fp.int@friendsprovident.com