

# Relax Rente, Fonds-Rente, Rentenversicherung, Berufsunfähigkeits-/ Dienstunfähigkeitsversicherung oder Risikoversicherung

## **Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages**

Mit diesem Druckstück stellen Sie einen verbindlichen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages auf Grundlage der Ihnen zuvor überlassenen Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV).

Ihren Antrag können wir annehmen, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden.

Mit Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande.

## **Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes**

Mit diesem Druckstück fordern Sie uns auf, Ihnen ein verbindliches Vertragsangebot zu unterbreiten.

Sie erhalten ein individuell auf Ihren Antrag abgestimmtes Angebot in Form eines Versicherungsscheins. Diesem sind die Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV) sowie ein Annahmeformular beigefügt.

Das Annahmeformular senden Sie uns bitte per Post, Telefax oder als Anhang einer E-Mail zu. Mit dessen Zugang kommt der Versicherungsvertrag zustande und der Versicherungsschein wird wirksam.

Über den Zugang werden wir Sie informieren.

■ Es betreut Sie:

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Bereits Kunde bei DBV?  ja  nein  PV  ÖD  GM  AH

**Interne Angaben**

Organummer 1  Organummer 2  Rahmennummer  Zugangsweg   
 ZUW (nur ÖD)

ver.di-Mitglieds-Nr.  Interne Vermittler-Nr.  Sonstiges internes Kennzeichen

**Antragsteller/ Versicherungsnehmer (VN)**

Partner-Nr.  Anrede  Herr  Frau  Firma

Zuname/Firma  Besondere Anrede/Titel

Vorname/Firma  Geburtsname  Ortsteil

**Wohnsitzanschrift** (Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer) (keine Postfach- oder c/o-Adresse!)

Steuer-Identifikations-Nr.  (zwingend bei sofort beginnender Rente und in der Basisversorgung)

Staatsangehörigkeit  Geburtsdatum

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche

Geburtsort

Telefon (tagsüber erreichbar)  E-Mail

ledig  verheiratet  eingetragene Lebenspartnerschaft  
 angestellt  selbstständig  im öffentlichen Dienst  Vollzeitätigkeit  Teilzeitätigkeit zu  %  
 Beamter auf Widerruf/Probe  Beamter auf Lebenszeit  Berufssoldat  Besoldungsgruppe   
 Zeitsoldat

**Zu versichernde Person (VP)** (nicht wiederholen, wenn mit Antragsteller identisch)

Partner-Nr.  Anrede  Herr  Frau

Zuname/Firma  Besondere Anrede/Titel

Vorname/Firma  Geburtsname

**Wohnsitzanschrift** (Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer) (keine Postfach- oder c/o-Adresse!)

Ortsteil

Staatsangehörigkeit  Geburtsdatum

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche

Geburtsort

ledig  verheiratet  eingetragene Lebenspartnerschaft  
 angestellt  selbstständig  im öffentlichen Dienst  Vollzeitätigkeit  Teilzeitätigkeit zu  %  
 Beamter auf Widerruf/Probe  Beamter auf Lebenszeit  Berufssoldat  Besoldungsgruppe   
 Zeitsoldat

**Rechtsnachfolger des VN** (nur bei Privatversorgung)

Sofern der Versicherungsnehmer bis Vertragsablauf nichts anderes bestimmt, soll im Falle seines Todes während der Vertragsdauer die versicherte Person als neuer Versicherungsnehmer den Vertrag fortsetzen. Ist die versicherte Person nicht volljährig und/oder geschäftsfähig, soll der/die Erziehungsberechtigte/-berechtigten den Vertrag als neuer Versicherungsnehmer fortsetzen.

**Technische Daten**

Der **Versorgungsvorschlag** und das **Technikblatt** vom  sind zwingend erforderlicher Bestandteil dieses Antrags. Die darin enthaltenen Angaben sind Grundlage für die Tarifierung. Dies gilt auch für Ihre Angaben zur beruflichen Tätigkeit.

**Basisversorgung**  Relax Rente  Fonds-Rente  Rentenversicherung

**Privatversorgung**  Relax Rente  Berufsunfähigkeitsversicherung  Fonds-Rente  Risikoversicherung  Rentenversicherung  Dienstunfähigkeitsversicherung

**Tarif**  **Zahlbeitrag**  Euro **Gesamtbeitrag**  Euro **Zahlweise**  1/

**Zielsumme (It. Seite 5 dieses Antrages)**  Zielsumme  Euro

Bei Erreichen/Überschreiten der Zielsumme informieren wir Sie (siehe S. 5 dieses Antrages). Die Zielsumme ist nicht garantiert.

**Leistungsempfänger**

**Basisversorgung**

1. Im Erlebensfall  
 Versicherungsnehmer (VN)

2. Im Todesfall

Ehegatte, mit dem der VN im Zeitpunkt des Todes verheiratet war bzw. der eingetragene Lebenspartner. Ist dieser vorverstorben, die Kinder des VN i. S. von § 10 Absatz 1 Nr. 2 b) EStG

Ehegatte, mit dem der VN im Zeitpunkt des Todes verheiratet war bzw. der eingetragene Lebenspartner (§ 10 Absatz 1 Nr. 2 b) EStG)

Kinder des VN gem. § 10 Absatz 1 Nr. 2 b) EStG

3. Im Berufsunfähigkeitsfall  
 Versicherungsnehmer (VN)

**Privatversorgung**

1. Im Erlebensfall (bei BU nur Versicherungsnehmer, gilt nicht für Risikoversicherung)

Versicherungsnehmer  
 Versicherte Person

Name und Geburtsdatum

2. Im Todesfall (gilt auch für Risikoversicherung, BU nur bei ÜS Investmentbonus)

Versicherungsnehmer  
 Ehegatte, mit dem die VP im Zeitpunkt ihres Todes verheiratet war  
 eheliche bzw. gesetzlich gleichgestellte Kinder der VP  
 Eltern der VP; falls die VP im Zeitpunkt ihres Todes verheiratet war, der Ehegatte

Name und Geburtsdatum

3. Im Berufsunfähigkeitsfall  
 Versicherungsnehmer (VN)

**Besondere Vereinbarungen/Mitteilungen**



**Gesundheit & Finanzielle Situation**

Wird einer der nachfolgend genannten Tarife beantragt, so ist die Erklärung zur Gesundheit & zur finanziellen Situation vom \_\_\_\_\_ zwingend erforderlicher Bestandteil dieses Antrags.

- Relax Rente mit Zusatzversicherung
- Fonds-Rente mit Zusatzversicherung und/oder Todesfallleistung
- Konventionelle Rentenversicherung mit Zusatzversicherung und/oder Todesfallleistung
- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung
- Risikolebensversicherung (ggf. mit Zusatzversicherung)
- Selbstständige Dienstunfähigkeitsversicherung

**Informationen zur Beitragszahlung**

- Selbstzahler (per Rechnung)\*
- Antragsteller ist Beitragszahler und erteilt ein neues SEPA-Lastschriftmandat (Bitte anhängendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)
- Antragsteller ist Beitragszahler und bestehendes SEPA-Lastschriftmandat zu folgender Bankverbindung soll genutzt werden.  
IBAN (oder Kontonummer) \_\_\_\_\_ BIC (oder Bankleitzahl) \_\_\_\_\_

**Bei Basisversorgung nicht zulässig:**

- Beitragszahler ist **nicht** Antragsteller und stimmt der Abbuchung zu (Bitte hier unterschreiben und angehängtes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)  
Beitragszahler (Name, Vorname) \_\_\_\_\_ Unterschrift Beitragszahler \_\_\_\_\_

- Beitragszahlweise einmalig** (Überweisung nach Aufforderung durch AXA Lebensversicherung AG)

\* Für die Relax Rente bzw. Fonds-Rente ist die Verwendung eines SEPA-Lastschriftmandats vorgesehen. Bei Nichtteilnahme wird eine Gebühr erhoben (siehe Gebühren für besondere Dienstleistungen).

**Bankverbindung für Rentenzahlungen**

Nur auszufüllen bei Abschluss einer **sofort beginnenden Rentenversicherung!**

Die Rente soll überwiesen werden:

IBAN (oder Kontonummer) \_\_\_\_\_ BIC (oder Bankleitzahl) \_\_\_\_\_ Geldinstitut (Name und Ort) \_\_\_\_\_

Zuname, Vorname (Hinweis Basisversorgung: Antragsteller und Kontoinhaber müssen identisch sein!)

**Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz**

**Nicht für Basisversorgung ausfüllen:**

**Wirtschaftlich Berechtigter:** Der Antragsteller gibt an, er handelt:

- auf eigene Veranlassung
- auf Veranlassung von (falls Vertragspartner und Beitragszahler nicht identisch sind, ist von einem abweichenden wirtschaftlich Berechtigten auszugehen)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnsitzanschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer) \_\_\_\_\_

**Diese Angaben sind zwingend erforderlich!**

**Nicht für Basisversorgung ausfüllen:**

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch (**auch bei SEPA-Lastschriftmandat vom eigenen Konto des Antragstellers**):

- Personalausweis \_\_\_\_\_ Ausweisnummer \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_ ausstellende Behörde \_\_\_\_\_
- Reisepass \_\_\_\_\_

Ist der Antragsteller/Vertragspartner eine **juristische Person**, so ist das zusätzliche Formular „Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz“ (Artikelnummer 27931575) auszufüllen.

**Angaben zur Steuerpflicht**

- Der Antragsteller und der evtl. abweichende wirtschaftlich Berechtigte bestätigen, dass sie weder Staatsbürger der USA noch in den USA steuerlich ansässig (z. B. keinen steuerlichen Wohnsitz in den USA, nicht Inhaber einer US-Green-Card) sind.

**Erklärung zur Richtigkeit der Antragsangaben**

**Der/die Antragsteller/in und die zu versichernde Person versichern, dass sie die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet haben. Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder anpassen und die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.**

**Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindung**

**Der/die Antragsteller/in und die versicherten Personen geben mit Unterzeichnung dieses Antrages die auf der Rückseite abgedruckte Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung ab. Nehmen Sie diese bitte zur Kenntnis. Sie umfassen:**

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG
2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG
  - 2.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
  - 2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen
  - 2.3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)
  - 2.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Einwilligungen zur Bonitätsprüfung und zu Scorewerten sowie Meldung nach EStG.

**Information zur Verwendung Ihrer Daten**

Allgemeine Informationen zur Verwendung Ihrer Daten und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie in dem Abschnitt „Information zur Verwendung Ihrer Daten“ auf den nächsten Antragsseiten.

**Widerspruchsrecht für Werbung, Markt und Meinungsforschung**

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

**Wichtige Informationen**

Dieser Antrag mit dem entsprechenden Versorgungsvorschlag, dem Technikblatt und ggf. die Erklärung zur Gesundheit & zur finanziellen Situation werden Bestandteile des Versicherungsvertrages. Informationen und weitere Hinweise zu Risiken der gewählten Fondsanlage finden Sie in Ihrem Versorgungsvorschlag.

**Widerrufsrecht**

Die Widerrufsbelehrung entnehmen Sie bitte dem Abschnitt „Widerrufsrecht für den Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages“ und „Widerrufsrecht für den Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes“ auf den nächsten Antragsseiten. Sie stimmen zu, dass der Versicherungsschutz zu Ihrem Vertrag bereits vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

**Unterschriften**

Vermittler \_\_\_\_\_ Ort/Datum \_\_\_\_\_ Antragsteller – ggf. gesetzliche Vertreter \_\_\_\_\_

Unterschrift aller mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erläuterungen (frühestens mit Alter 14 – ggf. gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_ Zu versichernde und mitzuversichernde Person(en) – ggf. gesetzliche Vertreter \_\_\_\_\_

**Bestätigung des Dokumentenerhalts**

Ich habe die „Übersicht zu den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag“ und alle dort aufgelisteten Unterlagen  
 elektronisch  per Datenträger  in Papierform erhalten.

**Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Ich bestätige den Erhalt der auf der Antragsrückseite abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen.

**Unterschriften**

Unterschrift aller mitzuversichernden Personen bezogen auf die auf der Antragsrückseite abgedruckten Einwilligungen (frühestens mit Alter 14 – ggf. gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_ Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_



## 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 DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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. ViaMed weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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 StGB geschützter Daten

- durch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG (unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

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 DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG

**Ich willige ein**, dass die DBV Deutsche Beamten Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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.

**Ich willige ein**, dass die DBV Deutsche Beamten Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilsbedingungen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilsbedingungen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit den Versicherer von der Schweigepflicht.

#### 1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit

**Ich willige in** die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie erforderlich ist.

### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG

Die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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 AXA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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.DBV.de](http://www.DBV.de) eingesehen oder bei den in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein**, dass die DBV Deutsche Beamten Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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 DBV Deutsche Beamten Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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 DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA

Lebensversicherung AG 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 DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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 DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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 DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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 DBV Deutsche Beamten Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 2.3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG an das HIS melden. Die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

**Ich entbinde** die für DBV Deutsche Beamten Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2.1.). In diesem Fall holen wir Ihre Einwilligung ein.

#### 2.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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 DBV Deutsche Beamten Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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.

Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z. B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 2.3.). Die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

**Ich willige ein**, dass die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG 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 speichert und nutzt.



## Widerrufsrecht für den Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

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: DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG, Börsenplatz 1, 50667 Köln. Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Sollten Sie einen Einmalbeitrag geleistet oder abgekürzte Beitragszahlung vereinbart haben, wird dieser Einmalbeitrag bzw. der gesamte Beitrag bei gekürzter Beitragszahlung auf die Vertragslaufzeit hochgerechnet und daraus der entsprechende Tagessatz für die Tage, an denen Versicherungsschutz bestand, gebildet.

Einen etwaigen Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus, soweit ein solcher bis zum Zugang Ihrer Widerrufserklärung entstanden sein sollte. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge 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 zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

### 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.

Ende der Widerrufsbelehrung

## Widerrufsrecht für den Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Sie können Ihre Annahmeerklärung innerhalb von 30 Tagen nach deren Abgabe 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: DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG, Börsenplatz 1, 50667 Köln.

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Sollten Sie einen Einmalbeitrag geleistet oder abgekürzte Beitragszahlung vereinbart haben, wird dieser Einmalbeitrag bzw. der gesamte Beitrag bei gekürzter Beitragszahlung auf die Vertragslaufzeit hochgerechnet und daraus der entsprechende Tagessatz für die Tage, an denen Versicherungsschutz bestand, gebildet.

Einen etwaigen Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus, soweit ein solcher bis zum Zugang Ihrer Widerrufserklärung entstanden sein sollte. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge 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 zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

### 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.

Ende der Widerrufsbelehrung

## Erläuterungen zum Geldwäschegesetz (GwG)

Durch das Geldwäschegesetz (GwG) soll die Rückführung von Gewinnen aus schweren Straftaten in den legalen Geldkreislauf verhindert werden. Versicherer und Vermittler von Kapitallebensversicherungen, Rentenversicherungen mit Kapitalwahlrecht (i.d.R. Schicht 3 – Privatversorgung) und Riester-Verträgen haben daher gesetzliche Pflichten zu beachten.

### Zur Identifizierung der auftretenden Person

Die persönliche Identifizierung des/der Antragstellers/in (bei natürlichen Personen) durch den Vermittler darf nach dem GwG nur anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses vorgenommen werden.

Bei einer juristischen Person (z. B. GmbH, AG) oder Personengesellschaft (z. B. oHG, KG) oder nicht rechtsfähigen Vereinigung als Antragstellerin sind neben dem Namen, Rechtsform, Anschrift des Sitzes oder der Hauptniederlassung, Nummer des jeweiligen Registers auch die Namen der Mitglieder des Vertretungsorgans bzw. der gesetzlichen Vertreter (Angaben zu fünf Vertretern ausreichend) festzuhalten. Das Formular „Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz“ ist dann auszufüllen und dem Antrag beizufügen.

### Zur Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

Ein wirtschaftlich Berechtigter (WB) im Sinne des GwG ist die natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht, oder die natürliche Person, auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt oder eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet ist.

Bei Aufnahme des Versicherungsantrages ist daher die letztlich profitierende natürliche Person zu identifizieren. Dabei ist der Umfang der Nachfrage abhängig davon, ob der/die Antragsteller/in eine natürliche oder eine juristische Person bzw. eine Personengesellschaft ist.

Ist der/die Antragsteller/in eine natürliche Person, ist dieser zu fragen, ob er auf Veranlassung eines Dritten handelt. Verneint er dies, können ggf. folgende Umstände bei der Antragstellung auf einen WB hinweisen:

- Abweichender Bezugsberechtigter im Erlebensfall
- unwiderrufliche Bezugsberechtigung zu Gunsten Dritter
- Verpfändung/Abtretung
- Abweichender Prämienzahler

Ist der Antragsteller eine juristische Person bzw. Personengesellschaft, sind die Eigentums- bzw. Kontrollverhältnisse entscheidend. Da diese mitunter sehr komplex sein können, sind solche Gesellschaften – Aktiengesellschaften (AG) oder Kommanditgesellschaften auf Aktien (KGaA) – von einer Ermittlung ausgenommen, die an einer privilegierten Börse (Börsen bzw. Börsensegmente des regulierten Marktes) notiert sind. Das Formular „Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz“ ist dann auszufüllen und dem Antrag beizufügen.

### Allgemeine Anmerkungen

Liegt die Unterschrift des Vermittlers, der die persönliche Identifizierung vorgenommen hat, nicht vor, wird der Antrag bzw. das Formular „Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz“ zurückgegeben. Wir verweisen auf die Richtlinie „Bekämpfung der Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung“.

### Verstöße

Verstöße haben arbeitsrechtliche und ggf. strafrechtliche Konsequenzen.



## Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antragsformular gestellten beiliegenden 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 uns schriftlich nachzuholen.

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.

### 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 und/oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt haben.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, 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.

Treten wir vom Vertrag zurück, steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung einer ggf. vorhandenen Leistung bei Kündigung (Rückkauf)

#### 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. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird und für den Tarif eine Beitragsfreistellung zulässig ist.

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 hin Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend 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 Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

### 4. Ausübung unserer Rechte

Die unter 1. – 3. genannten Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen diese Rechte innerhalb eines Monats ausüben. 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.

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

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung können wir innerhalb von fünf Jahren und, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt wurde, innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind, können wir unsere Rechte ohne diese zeitliche Beschränkung ausüben.

Haben Sie bzw. die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsanpassung. Wurde die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

### 5. Anfechtung und deren Ausübung

Haben Sie bzw. die (mit-)versicherte Person unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt gemacht und hat dies auf unsere Annahmehatscheidung Einfluss genommen, können wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung auch anfechten.

Mit Zugang unserer Anfechtungserklärung ist der Versicherungsvertrag von Anfang an nichtig. Dies hat zur Folge, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz bestand. Eine ggf. vorhandene Leistung bei Kündigung (Rückkauf) wird, außer bei der Risikoversicherung und der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung, ausbezahlt. Von diesem ziehen wir gegebenenfalls Stornokosten ab, deren Höhe der Tabelle zur Werteentwicklung entnommen werden kann. Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der arglistigen Täuschung schriftlich ausüben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss erklären.

### 6. 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, der Anfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, können Sie sich nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## Zielsumme

Wir werden – sofern vereinbart – einmal monatlich überprüfen, ob das gesamte Guthaben Ihres Vertrags den von Ihnen im Antrag bestimmten Wert als Zielsumme erreicht oder überschritten hat. Bei erstmaligem Erreichen der Summe erhalten Sie von uns eine Information darüber, und Sie können dann entscheiden, ob Sie z. B. Ihr Fondsguthaben im Rahmen der Garantie-Option in den Deckungsstock übertragen möchten. Bitte beachten Sie aber, dass wir aufgrund der Volatilität von Fonds keine Garantie darüber abgeben können, wann bzw. ob die Summe erreicht wird.

## Einwilligungen zur Bonitätsprüfung und Scorerwerten sowie Meldung nach EStG

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es zur Durchführung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses erforderlich ist (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG) und kein berechtigtes Interesse des Betroffenen an der Verarbeitung oder Nutzung entgegen steht. Zum Schutz der Versicherungsgemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich, Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren durchzuführen. Zur Verbesserung der Transparenz für unsere Kunden erfolgen Bonitätsprüfungen und Scoringverfahren auf der Grundlage der nachstehenden Einwilligungserklärung.

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

- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunftei (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA Gruppe oder eine Auskunftei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.



## Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an die zentrale Stelle gemäß § 10 EStG (gilt nur für Basisversorgung)

Hiermit willige ich ein, dass die im Beitragsjahr zu berücksichtigenden Beiträge unter Angabe der Identifikationsnummer (§ 139b der Abgabenordnung) und der Vertragsdaten an die zentrale Stelle übermittelt werden (§ 10 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Einkommensteuergesetz). Die Einwilligung gilt auch für folgende Beitragsjahre, es sei denn, ich widerrufe die Einwilligungserklärung schriftlich gegenüber dem Versicherer; die Einwilligung ist vor Beginn des Kalenderjahres, für das sie erstmals nicht mehr gelten soll, zu widerrufen.

## Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter [www.DBV.de](http://www.DBV.de) abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister.

Des Weiteren können Sie Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen sowie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Informationen der versicherten Person weitergeben.

In allen diesen Fällen können Sie sich jederzeit an den Kunden- und Partnerservice DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG, Frankfurter Str. 50, 65189 Wiesbaden, telefonisch unter 0221/148 44013 oder per Email an [service@dbv.de](mailto:service@dbv.de) wenden.

# Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

## § 1 Welchen Umfang hat unsere Leistung aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle gemäß den Absätzen 2 bis 4, die aus einem Unfall resultieren, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

(2) Ist eine Todesfalleistung vorgesehen und verstirbt die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag, zahlen wir die für den Todesfall vorgesehene Versicherungsleistung, höchstens jedoch 100.000 Euro. Tritt der Tod bis vor der Vollendung des 7. Lebensjahres der versicherten Person ein, kann die Versicherungsleistung auf den im Versorgungsvorschlag bzw. im Versicherungsschein unter „Versicherung auf das Leben von Kindern“ genannten Höchstbetrag begrenzt sein.

In der Basisversorgung wird eine Todesfalleistung nur an berechtigte Hinterbliebene erbracht, und zwar in Form einer Rente (§ 10 Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe b) EStG). Sind keine berechtigten Hinterbliebenen vorhanden, endet der vorläufige Versicherungsschutz bei Tod, ohne dass eine Leistung erbracht wird.

(3) Ist eine Hinterbliebenen- und Waisenrenten-Zusatzversicherung vorgesehen, zahlen wir die vorgesehenen Renten, wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes stirbt, höchstens jedoch insgesamt 12.000 Euro jährlich.

(4) Ist eine Berufsunfähigkeitsabsicherung vorgesehen und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine Beeinträchtigung der Berufsfähigkeit der versicherten Person in Höhe von mindestens 50% ein und wird uns diese Berufsunfähigkeit innerhalb von 3 Monaten nach ihrem Eintritt angezeigt, zahlen wir die vorgesehene Berufsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch 12.000 Euro jährlich.

Die im Rahmen einer Berufsunfähigkeitsabsicherung darüber hinaus vorgesehene Beitragsbefreiung gewähren wir nur, wenn der Versicherungsvertrag zustande kommt. Die Beitragsbefreiung ist begrenzt auf einen Höchstbetrag von 6.000 Euro jährlich.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Beeinträchtigung der Berufsfähigkeit unter 50% sinkt. Die Leistungen aus der Beitragsbefreiung enden ferner mit Wegfall des Vertrages.

Vorgenannte Höchstbeträge gelten auch bei einer Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit.

(5) Besteht für eine Person bei uns oder einem mit uns im Sinne von § 15 Aktiengesetz verbundenen Unternehmen mehrfach vorläufiger Versicherungsschutz, gelten die Höchstbeträge in den Absätzen 2 bis 4 für sämtliche vorläufigen Versicherungsschutzverhältnisse zusammen.

## § 2 Unter welchen Voraussetzungen haben Sie vorläufigen Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- die Versicherung, die Sie beantragt oder für die Sie die Abgabe eines Vertragsangebotes beantragt haben, spätestens 2 Monate nach Unterzeichnung des Antrages beginnen soll,
- Sie uns für den Fall des Zustandekommens des Versicherungsvertrags ein SEPA-Lastschriftmandat für den Beitragseinzug erteilt haben und
- die zu versichernde Person bei Antragstellung das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Haben Sie oder die versicherte Person Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind, nicht oder nicht richtig angegeben, sind wir berechtigt, von unserer Zusage des vorläufigen Versicherungsschutzes zurückzutreten und/oder diese Zusage anzufechten.

## § 3 Wann beginnt und endet Ihr vorläufiger Versicherungsschutz?

Ihr vorläufiger Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht, spätestens jedoch am 3. Tag nach Aushändigung des Antrags an den Vermittler.

Ihr vorläufiger Versicherungsschutz endet

- mit dem Beginn des Versicherungsschutzes aus der Versicherung, die Sie beantragt bzw. für die Sie die Abgabe eines Vertragsangebotes beantragt haben, oder
- mit unserer Ablehnung Ihres Antrages oder, wenn Sie unser Vertragsangebot nicht binnen der Ihnen gesetzten Frist annehmen oder
- mit unserem Rücktritt vom Versicherungsvertrag gem. § 37 VVG bei Nichtzahlung des Einlösungsbeitrages (ersten Versicherungsbeitrages).

Der vorläufige Versicherungsschutz endet auch, wenn Sie das uns erteilte SEPA-Lastschriftmandat widerrufen.

Üben Sie Ihr Widerrufsrecht aus, fechten Sie Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags an oder nehmen Sie Ihren Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes zurück, endet der vorläufige Versicherungsschutz mit Ablauf des Tages, an dem die diesbezügliche Erklärung bei uns eingeht.

## § 4 Was ist nach einem Unfall zu beachten?

(1) Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

(2) Die von uns übersandte Anzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden. Von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

Die versicherte Person hat Ärzte, Angehörige von nichtärztlichen Heilberufen, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen sie in den letzten 10 Jahren vor Antragsstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, oder die von uns geforderten Auskünfte selbst zu besorgen und uns zur Verfügung zu stellen.

(3) Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

(4) Bis zur Vorlage der von uns geforderten Auskünfte und Nachweise können wir Versicherungsleistungen zurückbehalten. Dies gilt auch, wenn wir aufgrund Widerrufs oder Einschränkung der uns erteilten Schweigepflichtentbindung und/oder Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung gehindert sind, Art und Umfang unserer Leistungspflicht zu prüfen.

## § 5 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle, die infolge von Erkrankungen, Unfällen, Verletzungen oder Vergiftungen eintreten, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen der Versicherungsnehmer oder die zu versichernde Person vor Antragstellung Kenntnis hatte. Dies gilt auch, wenn diese Erkrankungen, Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen im Antrag angegeben wurden. Der Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die vorgenannten gesundheitlichen Umstände für den Eintritt des Versicherungsfalles lediglich mitursächlich geworden sind.

(2) Unsere Leistungspflicht ist zudem in allen Fällen ausgeschlossen, in denen die Bedingungen der Versicherung, die Sie beantragt oder für die Sie die Abgabe eines Vertragsangebotes beantragt haben, einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen, Einschränkungen oder Ausschlüsse enthalten, z. B. bei Kriegsereignissen oder dem Einsatz von ABC-Waffen/-Stoffen.

## § 6 Welche Abzüge können wir im Leistungsfall vornehmen?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Uns steht aber ein Entgelt zu, wenn wir Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes erbringen. Dieses Entgelt entspricht dem Einlösungsbeitrag.

Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstleistungen gemäß § 1 Absätze 2 bis 4. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

## § 7 Wie ist das Verhältnis zur vorgesehenen Versicherung?

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen der Versicherung, die Sie beantragt oder für die Sie die Abgabe eines Vertragsangebotes beantragt haben, einschließlich der Bedingungen für die ggf. mit beantragten Zusatzversicherungen, auch auf den vorläufigen Versicherungsschutz Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

(2) Von Ihnen verfügte Bezugsrechte gelten auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

## DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG

Frankfurter Str. 50, 65189 Wiesbaden · Postanschrift: 65170 Wiesbaden  
Internet: [www.DBV.de](http://www.DBV.de) · E-Mail: [service@dbv.de](mailto:service@dbv.de)  
Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 271  
USt.-Ident-Nr. DE 122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Jacques de Vauleroy

Vorstand: Dr. Thomas Buberl (Vorsitzender), Dr. Andrea van Aubel,  
Etienne Bouas-Laurent, Dr. Patrick Dahmen, Wolfgang Hanssmann,  
Jens Hasselbacher



**Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Stammdaten teilnehmen:**

- AXA ART Versicherung AG
- AXA Bank AG
- AXA Customer Care GmbH
- AXA easy Versicherung AG
- AXA Konzern AG
- AXA Krankenversicherung AG
- AXA Lebensversicherung AG
- AXA Life Europe Ltd. Niederlassung Deutschland
- AXA Schaden Experten GmbH
- AXA Versicherung AG
- DBV Deutsche Beamtenversicherung AG
- Deutsche Ärzteversicherung AG
- Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG
- INREKA Finanz AG
- Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung
- Pro bAV Pensionskasse AG
- winExpertisa Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH
- win Health Consulting GmbH

**Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrages (Einzelbenennung):**

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	AXA Konzern AG	Antrags-, Vertrags-, Leistungsbearbeitung, Vermittlerbetreuung	ja
	AXA Group Solutions SA Zweigniederlassung Köln	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen	nein
	AXA Logistic Services GmbH	Postbearbeitung, Antrags-, Vertrags-, Leistungsbearbeitung	ja
	AXA Technology Services Germany GmbH und GIE AXA Tech Belgium	Rechenzentrumsbetreiber	ja
	AXA Customer Care Center GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	ARA GmbH	Telefonischer Kundendienst	nein
	AXA Assistance Deutschland GmbH GDV Dienstleistungs GmbH	Telefonischer Kundendienst Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	ja nein
AXA ART Versicherung AG	ACS Information Technologies UK Limited	Rechenzentrumsbetreiber	nein
AXA Krankenversicherung AG	Medx	Leistungsbearbeitung	ja
	ViaMed	Leistungsprüfung, Disease Management	ja
	ROLAND Assistance GmbH	Disease Management	ja <sup>1</sup>
	MedicalContact AG	Disease Management	ja <sup>1</sup>
	Sanvartis GmbH	Disease Management	ja <sup>1</sup>
	IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten	ja <sup>1</sup>
	AXA Kranken Makler GmbH	Vermittlerbetreuung	ja
AXA Lebensversicherung AG	AXA Bank	Depotverwaltung für Fondspolizen	nein
	April Deutschland AG	Bestands- und Leistungsbearbeitung	ja
	Vorsorge Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
AXA Versicherung AG	AXA Assistance Deutschland GmbH	Disease Management, Durchführung KFZ-Kaskoversicherungen für Kreditkarteninhaber	ja <sup>1</sup>
	ROLAND Assistance GmbH	Disease Management	ja <sup>1</sup>
	April Deutschland AG	Bestands- und Leistungsbearbeitung	ja
	Versicherungsforen medi-part GmbH	Leistungsbearbeitung	ja <sup>1</sup>
	Actineo GmbH	Anforderung medizinische Gutachten	ja <sup>1</sup>
	Inter Partner Assistance S.A.	Schutzbrieftleistungen	nein
DBV Deutsche Beamtenversicherung AG	AXA Assistance Deutschland GmbH	Disease Management	ja <sup>1</sup>
	ROLAND Assistance GmbH	Disease Management	ja <sup>1</sup>
	Inter Partner Assistance S.A.	Schutzbrieftleistungen	nein

**Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:**

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleistungskategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Gutachter	Antrags-/Leistungs-/Regressprüfung	zum Teil <sup>1</sup>
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil <sup>1</sup>
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Lettershops/Druckereien	Postsendungen/Newsletter (E-Mail)	nein
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen	ja
	Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug	ja
	Inkassounternehmen	Realisierung titulierter Forderungen	nein
	Rückversicherer	Monitoring	ja
	Entsorgungsunternehmen	Abfallbeseitigung	ja
	Routenplaner	Unterstützung Schadenbearbeitung	nein
	Heil-/Hilfsmittellieferant	Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln	ja
	Rehabilitationsdienst	Rehabilitationsmanagement	ja
	Service-Gesellschaften	Leistungs- und Bestandsbearbeitung im Massengeschäft	nein

<sup>1</sup> ggf. mit separater Einwilligung

**Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter [www.AXA.de/Datenschutz](http://www.AXA.de/Datenschutz) einsehbar.**

Hinweis: Steht Ihre besondere persönliche Situation den berechtigten Interessen des Unternehmens an einer Beauftragung entgegen, können Sie dieser Beauftragung ggf. widersprechen.





**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Konzern AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von AXA Konzern AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

**Zahlungsempfänger**

Gläubiger AXA Konzern AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln  
 Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000066097  
 Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt

**Zahlungspflichtiger**

Titel

Anrede

Vorname Kontoinhaber

Nachname Kontoinhaber

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)  .  .

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Kreditinstitut

IBAN

BIC

bzw.

Kontonummer

BLZ

Die AXA Konzern AG wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) \_\_\_\_\_



Antwort

AXA Konzern AG  
SEPA-Lastschriftmandat  
Postfach 92 01 13  
51151 Köln

