

Antrag auf Wechsel des Versicherungsnehmers

DELA *aktiv* Leben (Tarif 1.0)

 Versicherungsschein-Nr.

Die bestehende DELA aktiv Leben Risikolebensversicherung soll mit allen Rechten und Pflichten von dem

Bisherigen Versicherungsnehmer

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)	<input type="text"/>

Auf den neuen Versicherungsnehmer

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

Mit sofortiger Wirkung zum

Übertragen werden (rückwirkende Übertragungen sind nicht möglich).

Bezugsrecht

Sollten Sie keine bezugsberechtigte Person benennen, so sind Sie als neuer Versicherungsnehmer bzw. Ihre gesetzlichen Erben bezugsberechtigt. Wir empfehlen Ihnen, die bezugsberechtigte Person immer namentlich zu benennen.

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geb.-Datum	<input type="text"/>
---------------	----------------------	------------	----------------------

Allgemeine Angaben über die für Risikolebensversicherungen geltenden Steuerregelungen

- Beiträge zur Risikolebensversicherung sind von der Versicherungssteuer befreit (§ 4 Nr. 5 VersSt)
- Die Prämien sind als Sonderausgaben im Rahmen der Höchstbeträge (§ 10 Abs. 4 EStG) abzugsfähig
- Die Leistung aus der Risikolebensversicherung ist einkommenssteuerfrei. Beruht die Leistung auf einer Schenkung des Versicherungsnehmers, so kann Schenkungssteuer anfallen. Bei Erwerb von Todes wegen (z. B. wegen eines Bezugsrechts oder als Teil der Erbschaft) kann Erbschaftssteuer anfallen.

SEPA-Lastschriftmandat

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

 Name der Bank

 IBAN DE

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

 Vorname, Name

 Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber

Legitimationsprüfung/Erklärung des Versicherungsnehmers (Geldwäschegesetz)

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

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

Ausweis-/Reisepass-Nr.	<input type="text"/>	Ausstellende Behörde	<input type="text"/>
------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten – Entbindung von der Schweigepflicht

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

Einwilligung nach der EU Datenschutzgrundverordnung

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

WAHRHEITSPFLICHT – LEISTUNGSFREIHEIT BEI VERLETZUNG:

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

Ich bestätige, dass ich das Produktinformationsblatt, die Vertragsbedingungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes i.V.m. den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung, allgemeine Angaben über die Steuerregelungen, die Einwilligung nach der EU Datenschutzgrundverordnung und die Erklärung zur Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten vor Antragstellung erhalten und zur Kenntnis genommen habe.



Ort, Datum Unterschrift neuer Versicherungsnehmer



Ort, Datum Unterschrift bestehender Versicherungsnehmer