

# Friends Plan

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

### Versicherungsnehmer(in)

Versicherungsnehmer(in):	<input type="text"/>	Versicherungsschein-Nr.:	<input type="text"/>
Versicherte Person (VP):	<input type="text"/>	Geburtsdatum (VP):	<input type="text"/>

### I. Erhöhungsbeitrag zur Hauptversicherung

Erhöhungsbeitrag:	<input type="text"/> €	Mindestens 25 € bei monatlicher, 125 € bei halbjährlicher und 250 € bei jährlicher Zahlungsweise.
Erhöhung zum:	<input type="text"/>	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:

- |   |  |
|---|--|
| <b>1.</b> 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? | <b>2.</b> 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

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	Unterschrift(en) Versicherungsnehmer(in)	Versicherte Person (falls abweichend)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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, Aviva, ins- besondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungs- pflicht, 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:

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch Aviva.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen der Aviva Group, um die Anliegen im Rahmender Antrags-, Ver- trags- 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.
- 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.
- durch andere Unternehmen / Personen innerhalb und außerhalb von Aviva, 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 Zweckbe- stimmung 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 Grund- satz der Verschwiegenheit zu beachten.
- 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 Finanzdienstlei- stungen durch Aviva, anderer Unternehmen der Aviva Group oder den für mich zuständigen Vermittler.

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

9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem Aviva, oder eine Auskunftfee eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschät- zung 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 Anga- ben 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 Kranken- anstalten, Pflegeheimen, anderen Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Aviva wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widerspre- chen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Mitarbeiter von Aviva 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 Aviva 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 Schwei- gepflicht schriftlich entbinde.*

Bitte beachten Sie, dass durch diese Einschränkungen der Schweigepflichtent- bindung zu einer Verzögerung der Leistungsprüfung oder einer Leistungskürzung oder Leistungsfreiheit kommen kann, wenn die Leistungsprüfung nicht abge- schlossen 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 Schweigepflichtentbin- dungserklärungen gemäß Ziffer 3.1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch Aviva 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 Schweigepflichtentbindungserklä- rungen 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 Vertragsabwick- lung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Infor- mation) verwendet werden dürfen. An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer 2. Nr. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämp- fung 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 Unfallver- sicherung ein konkreter Anlass besteht. Soweit die Weitergabe der Gesundheits- daten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch die Angehörigen von Aviva selbst von der Schweigepflicht.

Bitte nehmen Sie von unserer Datenschutzrichtlinie Kenntnis – bitte besuchen Sie hierzu die Seite <http://avivaprivacy.uk/olab/de>, um die gesamte Richtlinie einzusehen, oder diese kann auf Nachfrage zur Verfügung gestellt werden.