

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine

- INTER PrivatRente® gegen Einmalbeitrag
- INTER GarantIndex® gegen Einmalbeitrag

GS-Eingang	Direktions-Eingang	PBD	OBD	IBD	GA	ANTR. NR.	ADM1+PROD.-ANT.%	ADM2+PROD.-ANT.%	ADM3+PROD.-ANT.%
							ADM-BKM/Koop.-feld		

Antrag auf Abschluss einer bzw. Anforderung eines Angebots für eine Rentenversicherung gegen Einmalbeitrag bei der INTER Lebensversicherung AG

Neuantrag Erhöhungs-/Änderungsantrag zur Vertrags-Nr. abweichend davon

abweichend davon

ADM-BKM/Koop.-feld

- Eigenabschluss
- Nachweis
- Gemeinsam

A. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Titel	Vorname	Geschlecht	<input type="radio"/> m	<input type="radio"/> w	<input type="radio"/> d	Familienstand:	1 ledig	2 verheiratet	3 geschieden	
Zuname							4 verwitwet	5 eheähnliche Gemeinschaft		
Geburtsdatum	Geburtsname						6 eingetragene Lebenspartnerschaft			
Geburtsort						Steueridentifikationsnummer				
Geburtsland						Staatsangehörigkeit deutsch	Ständig in Ds			
Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche, Amtsbezeichnung, Dienstgrad						oder welche				
Straße/Haus-Nr.						Ihr Status				
Adresszusatz						<input type="radio"/> Arbeitnehmer/in	<input type="radio"/> Selbstständige/Selbstständiger	seit		
PLZ (für Straße)	Wohnort						<input type="radio"/> Freiberufler/in	<input type="radio"/> Beamtin/Beamter	seit	
						<input type="radio"/> Soldat/in	<input type="radio"/> Schüler/in oder Student/in			
						<input type="radio"/> Auszubildende/r	<input type="radio"/> Hausfrau/Hausmann			
						<input type="radio"/> Sonstiges				
						Ihre Berufsgruppe				
						<input type="radio"/> Heilwesen	<input type="radio"/> Handwerker/in			
						<input type="radio"/> Sonstige				
						Sind Sie Jäger/in?				
						<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			

Ihre Kommunikationsdaten

 Telefon*	Privat	<input type="text" value=""/>	Geschäftlich	<input type="text" value=""/>
	Mobil	<input type="text" value=""/>		
 Fax*	Privat	<input type="text" value=""/>	Geschäftlich	<input type="text" value=""/>
 E-Mail*	Privat	<input type="text" value=""/>	Geschäftlich	<input type="text" value=""/>

*freiwillige Angaben

Ihr Ja zu mehr Kontakt mit der INTER!

Ich bin damit einverstanden, dass die Gesellschaften der INTER Versicherungsgruppe* und ihre für mich zuständigen Vermittler die von mir angegebenen Daten verwenden, um mich über von ihnen angebotene Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte und Services werblich zu informieren und mich im Rahmen der Markt- und Meinungsforschung (z.B. Befragungen zur Servicequalität) anzusprechen unter **Nutzung** der nachfolgend freiwillig von mir ausgewählten Kommunikationswege:

 Telefon	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Geschäftlich	<input type="checkbox"/> Mobil	<input type="checkbox"/> auch SMS
 Fax	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Geschäftlich		
 E-Mail	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Geschäftlich		

Meine **Werbeeinwilligung** kann ich jederzeit ganz oder teilweise ohne Auswirkung auf bestehende Vertragsverhaltner widerrufen.

* INTER Versicherungsverein aG, INTER Krankenversicherung AG, INTER Lebensversicherung AG, INTER Allgemeine Versicherung AG, Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG - FAMK, Bausparkasse Mainz AG - BKM

1012423

n\vrante 2311

-V9996000061400

B. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die INTER Krankenversicherung AG¹⁾, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Krankenversicherung AG¹⁾ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich ermächtige die INTER Service GmbH²⁾, den Mitgliedsbeitrag des Versorgungswerkes von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Service GmbH²⁾ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Titel	Vorname (Kontoinhaber)	Geschlecht	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	Kreditinstitut
Zuname (Kontoinhaber)				IBAN
Straße/Haus-Nr.				
PLZ	Wohnort	Unterschrift des Kontoinhabers		
Ort	Datum			

¹⁾ Die INTER Krankenversicherung AG, mit der Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001899172, führt den Lastschrifteinzug auch für die INTER Lebensversicherung AG und die INTER Allgemeine Versicherung AG durch.

²⁾ Gläubiger-Identifikationsnummer der INTER Service GmbH: DE51ZZZ00001899669

C. Zu versichernde Person (Eintragungen nicht erforderlich, wenn mit Antragsteller identisch)

Titel	Vorname	Geschlecht	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	Familienstand:	1 ledig 2 verheiratet 3 geschieden 4 verwitwet 5 eheähnliche Gemeinschaft 6 eingetragene Lebenspartnerschaft
Zuname				Steueridentifikationsnummer	
Geburtsdatum	Geburtsname			Staatsangehörigkeit deutsch oder welche	
Geburtsort				Selbstständig	<input type="radio"/> ja seit <input type="radio"/> nein
Geburtsland				Beamter/in	<input type="radio"/> ja seit <input type="radio"/> nein
Ausgeübter Beruf, Tätigkeit und Branche, Amtsbezeichnung, Dienstgrad					
Straße/Haus-Nr.				Schüler/in	Student/in oder Auszubildende/
Adresszusatz					
PLZ (für Straße)	Wohnort				

*freiwillige Angaben

D. Bezugsberechtigung

Erlebensfall: Versicherungsnehmer

abweichend davon an (andere Person mit Namen/Vornamen/Geburtsdatum)

Todesfall in nachstehender Rangfolge an **a)** den bei Tod in gültiger Ehe lebenden Ehegatten der versicherten Person oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes; **b)** die ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder der versicherten Person; **c)** die Eltern der versicherten Person; **d)** die Erben der versicherten Person

abweichend davon an (andere Person mit Namen/Vornamen/Geburtsdatum)

E. Leistungen

Versicherungsbeginn Eintrittsalter Jahre

01. [REDACTED] [REDACTED]

INTER PrivatRente®/INTER GarantIndex® (Rentenversicherung)

Hauptversicherung Tarifbezeichn. Versionsnr.	Rente EUR bei Zahlungsweise 1/12 1/4 1/2 1/1	Renten- beginn- alter	Renten- garantiezeit Jahre	Kapitalabfindung EUR (ein Eintrag gilt nicht als Vereinbarung der Kapitalabfindung bei Antragstellung)	Einmalbeitrag
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Die Fristen für die Wahl der Kapitalabfindung sind in den Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung geregelt.

Unbedingt ankreuzen: Überschussverwendungsform

Bei M-Tarif:

Fondsanlage im folgenden Fonds (nur eine Auswahl ist möglich):*)

<input type="checkbox"/> iShares Core MSCI World UCITS ETF ISIN: IE00B4L5Y983	<input type="checkbox"/> iShares Edge MSCI World Minimum Volatility ETF ISIN: IE00B8FHGS14
<input type="checkbox"/> iShares MSCI World SRI ETF ISIN: IE00BYX2JD69	<input type="checkbox"/> DWS ARERO – Der Weltfonds ISIN: LU0360863863

*) Mir ist bekannt, dass bei der Anlage der Überschussanteile in Fonds das Kapitalanlagerisiko bezüglich der Überschussanteile von mir getragen wird.
Die garantierten Werte sind hiervon nicht betroffen. Erläuternde Informationen zu den drei Fonds habe ich erhalten.

Bei Tarif E09 wählen Sie bitte unwiderruflich die Überschussverwendungsform:

<input type="checkbox"/> Rentenvariante 1 (Rentendynamik)	<input type="checkbox"/> Rentenvariante 2 (Mischrente)	<input type="checkbox"/> Rentenvariante 3 (Auszahlung)
---	--	--

F. Besondere Voraussetzungen

(z.B. über Hypothekenbeschaffung)

Der Antrag gilt nur, wenn die besonderen Voraussetzungen zu Stande kommen oder keine genannt sind.

G. Kollektiv(rahmen)vertrag

Der Antragsteller tritt dem Versorgungswerk

Alternativ bestätigt der Antragsteller, dass die Firma, für die er, sein Ehegatte oder seine unterhaltpflichtigen Eltern als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber tätig sind, dem Versorgungswerk bereits beigetreten ist.
Er bestätigt, dass die Voraussetzungen für die Aufnahme in den jeweiligen Kollektiv(rahmen)vertrag erfüllt sind.
Der Verband bzw. das Versorgungswerk wird hiermit bevollmächtigt, gemäß den Bestimmungen des Kollektiv(rahmen)vertrages alle das Versicherungsverhältnis betreffenden Willenserklärungen rechtswirksam abzugeben und von der INTER Lebensversicherung AG entgegenzunehmen.
Zur Deckung der Verwaltungskosten des Versorgungswerks wird der in der Beitragsordnung festgelegte Mitgliedsbeitrag erhoben. Die Erhebung des Mitgliedsbeitrags erfolgt einmal jährlich zu Beginn des jeweiligen Kalenderjahres.
Für die Mitgliedschaft in Verbänden ist der Antrag auf Mitgliedschaft des jeweiligen Verbandes beizufügen.

H. Angaben nach dem Geldwäschegesetz

Folgende Person/en ist/sind eine politisch exponierte Person (PEP), ein unmittelbares Familienmitglied einer PEP oder eine ihr nahe stehende Person (Erläuterungen Seite 6):

Antragsteller zu versichernde Person Beitragszahler wirtschaftlich Berechtigter

Unterliegen Sie der Steuerpflicht in einem anderen Staat als Deutschland? Nein, andernfalls gebe ich hier den Staat [REDACTED] und meine Steuernummer [REDACTED] an.

Ich handle auf eigene Veranlassung.
Sofern ich nicht auf eigene Veranlassung handle, gebe ich hier an, auf wessen Veranlassung ich handle:

Zuname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift

Bitte fügen Sie immer eine Kopie des gültigen Personalausweises oder des gültigen Reisepasses (jeweils alle Seiten) des Antragstellers bei sowie von der Person, auf deren Veranlassung gehandelt wird. Falls die Ausweiskopie nicht direkt mit dem Antrag eingereicht wird, kann die Datei an eantrag@inter.de gesendet werden.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung¹

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, 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 INTER Lebensversicherung AG (INTER) daher Ihre Datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die INTER 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. Ärzte, Krankenhäuser und Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die INTER selbst (unter 1.),

- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der INTER (unter 2.).

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 INTER

Ich willige ein, dass die INTER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

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

Die INTER verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

¹ Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzbehörden inhaltlich abgestimmt.

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

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

Die INTER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die INTER 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.inter.de eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten der INTER Versicherungsgruppe (Anschrift: INTER Versicherungsgruppe – Datenschutzbeauftragter, Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim; E-Mail: datenschutzbeauftragter@inter.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die INTER Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die INTER 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 INTER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der INTER Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die INTER gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in 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 geschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers 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 INTER meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich ausdrücklich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

Unterschriften

Dieser Antrag umfasst 6 Seiten. Diese habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen – insbesondere „Wichtige Erklärungen und Hinweise“.

Die Ausweisdokumente habe ich – falls Identifikationsdaten angegeben sind – persönlich eingesehen und entsprechend dokumentiert.

Vermittlernummer (eigene bzw. Ihres Pools)

Ich bestätige als Vermittler, dass außer den hier gemachten Angaben mir gegenüber weder mündlich noch schriftlich weitere Erklärungen abgegeben wurden.

Eigene IHK Registrierungsnummer

Die Unterschriften wurden von den jeweiligen Personen getätigt.
Das 6-seitige Antragsformular wird vollständig von mir eingereicht.

Unterschrift des Vermittlers (zwingend erforderlich)

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Ort

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller

Ja, ich/wir wünsche/n den Versicherungsvertrag/die Versicherungsverträge in dieser Form.

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person, wenn mit Antragsteller nicht identisch

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person, wenn mit Antragsteller nicht identisch

br1012423

anlvrente2311

LV999600000061400



K61403VL999600000

Wichtige Erklärungen und Hinweise

Erklärungen

Unsere Kapitalanlagen werden nach den Prinzipien möglichst großer Rentabilität und Sicherheit angelegt. Außerdem beachten wir den wichtigen Grundsatz der Mischung und Streuung gemäß § 54 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Dadurch lassen sich bei gleichem Risiko höhere Renditen erzielen, weil sich Ertragschwankungen teilweise untereinander ausgleichen.

Die Berücksichtigung ethischer, sozialer und ökologischer Belange ist in unseren Kapitalanlagerichtlinien nicht ausdrücklich geregelt. Im Rahmen unserer täglichen Anlageentscheidungen vermeiden wir jedoch nach Möglichkeit Anlageobjekte, die beispielsweise in Verbindung mit Kinderarbeit oder Pornographie stehen.

Anhang zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe, namentlich

- INTER Versicherungsverein aG
 - INTER Krankenversicherung AG
 - INTER Lebensversicherung AG
 - INTER Allgemeine Versicherung AG
Anchrift: Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim
- sowie
- die Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG
Anchrift: Hansaallee 154, 60320 Frankfurt am Main

Übertragen gemäß Ziffer 3.2 bzw. gemäß Ziffer 2.1 Aufgaben auf folgende andere Stellen (Unternehmen und Personen):

I. Aufgabenübertragung innerhalb der INTER Versicherungsgruppe

Bestimmte Aufgaben werden innerhalb der INTER Versicherungsgruppe von einem Unternehmen für alle oben genannten Versicherungsunternehmen der Gruppe wahrgenommen.

Hierzu gehören der Betrieb des (telefonischen) Kundenservices, die Durchführung des Beitragsinkassos und der Betrieb des Rechenzentrums sowie der gesamten Informationstechnologie.

Zu diesem Zweck führen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe Kunden-daten in einer gemeinsamen Datensammlung.

II. Liste der Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe derzeit zusammenarbeiten

Stelle:

- | | |
|--|---|
| 1. Brinkmann Rechtsanwälte
Hülchrather Straße 35
50670 Köln | übertragene Aufgabe:
außergerichtliches und gerichtliches
Beitragsinkasso |
| 2. Euforma AG,
Hülchrather Straße 35,
50670 Köln | Forderungsmanagement |
| 3. HL Casework GmbH
Brücklesäckerstraße 2
74248 Ellhofen | medizinische Dienstleistungen |
| 4. IMB Consult GmbH
Amtsmann-Ibing-Straße 10
44805 Bochum | Durchführung von medizinischen
Beurteilungen |
| 5. infoscoring Consumer Data GmbH
Rheinstraße 99
76532 Baden-Baden | Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring) |

übertragene Aufgabe:

außergerichtliches und gerichtliches
Beitragsinkasso

Forderungsmanagement

medizinische Dienstleistungen

Durchführung von medizinischen
Beurteilungen

Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)

- | | |
|---|--|
| 6. MD Medicus AssistanceService GmbH
Industriestraße 2a
67063 Ludwigshafen | Assistance-Leistungen |
| 7. MEDICPROOF GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74a
50968 Köln | Durchführung von medizinischen
Beurteilungen |
| 8. Rhenus Data Office GmbH
Industriestraße 5
48301 Nottuln | Aktenvernichtung |
| 9. ViaMED GmbH
Motorstraße 52
70499 Stuttgart | medizinische Dienstleistungen |
| 10. Malteser Hilfsdienst GmbH
Malteser Service Center
Erna-Scheffler-Str. 2
51103 Köln | Assistance-Leistungen |
| 11. PAV Card GmbH
Hamburger Straße 6
22952 Lütjensee | Datenabfrage zur Einholung der
Krankenversichertenummer |

III. Weitere Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe zusammenarbeiten

Kategorien:

- 1. Assistance-Dienstleister
- 2. Auskunfteien
- 3. Hilfsmittelanbieter
- 4. Inkasso-Unternehmen
- 5. IT-Dienstleister
- 6. Medizinische Gutachter
- 7. Medizinische Dienstleister
- 8. Rechtsanwälte,
Rechtsanwaltskanzleien

übertragene Aufgabe:

Erbringung von Assistance-Leistungen
Adressrecherchen, Bonitätsauskünfte
(inkl. Scoring)

Versorgung mit Hilfsmitteln
Beitragsinkasso, Beitreibung
sonstiger Forderungen

IT-Dienstleistungen
Erstellung von Gutachten

Erbringung medizinischer Service-
leistungen wie z. B. krankheits-
spezifischer Coaching- und
Beratungsleistungen

Rechtsberatung, außergerichtliche
und gerichtliche Vertretung

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter www.inter.de einsehbar.

Definition „politisch exponierte Person“ (PEP)

§ 1 Absätze 12 bis 14 Geldwäschegesetz definiert politisch exponierte Personen wie folgt:

Politisch exponierte Personen (PEP) sind diejenigen natürlichen Personen,

a) die wichtige öffentliche Ämter auf internationaler, europäischer oder nationaler Ebene ausüben oder ausgeübt haben,

b) deren Familienmitglieder oder

c) ihnen bekanntermaßen nahestehende Personen.

Zu a) Personen, die ein wichtiges öffentliches Amt ausüben oder ausgeübt haben, sind:

- Staatschefs, Regierungschefs, Minister, Mitglieder der Europäischen Kommission, stellvertretende Minister und Staatssekretäre;
- Parlamentsabgeordnete und Mitglieder vergleichbarer Gesetzgebungsorgane;
- Mitglieder der Führungsgremien der politischen Parteien;
- Mitglieder von obersten Gerichtshöfen, Verfassungsgerichtshöfen oder sonstigen hohen Gerichten, gegen deren Entscheidungen im Regelfall kein Rechtsmittel mehr eingelegt werden kann;
- Mitglieder der Leitungsgremien von Rechnungshöfen und Zentralbanken;
- Botschafter, Geschäftsträger und Verteidigungsattachés;
- Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- und Aufsichtsorgane staatseigener Unternehmen;
- Direktoren, stellvertretende Direktoren, Mitglieder des Leitungsgremiums oder sonstige Leiter mit vergleichbarer Funktion in einer zwischenstaatlichen internationalen oder europäischen Organisation.

Keine der vorgenannten öffentlichen Funktionen umfasst Funktionsträger mittleren oder niedrigeren Ranges.

Zu b) Familienmitglieder sind unter anderem:

- der Ehepartner einer politisch exponierten Person oder eine dem Ehepartner einer politisch exponierten Person gleichgestellte Person;
- die Kinder einer politisch exponierten Person und deren Ehepartner oder den Ehepartnern gleichgestellte Personen;
- die Eltern einer politisch exponierten Person.

Zu c) bekanntermaßen nahestehende Personen sind:

- natürliche Personen, die bekanntermaßen gemeinsam mit einer politisch exponierten Person wirtschaftlich Berechtigte von juristischen Personen oder Rechtsvereinbarungen sind oder sonstige enge Geschäftsbeziehungen zu einer politisch exponierten Person unterhalten;
- natürliche Personen, die alleiniger wirtschaftlich Berechtigte einer juristischen Person oder einer Rechtsvereinbarung sind, welche bekanntermaßen de facto zu Gunsten einer politisch exponierten Person errichtet wurde.

Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir die INTER Lebensversicherung AG von einer Änderung des Status als PEP unaufgefordert und unverzüglich schriftlich unterrichten muss/müssen.

Hinweise zum Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz (FKAustG)

Mit diesem Gesetz soll der grenzüberschreitende Steuerbetrug bzw. die Steuerhinterziehung bekämpft werden. Hierzu erfolgt ein zeitnahe Austausch von steuer-relevanten Informationen zwischen den Finanzverwaltungen, über einen gemeinsamen Meldestandard (Common Reporting Standard).

Auf dieser Grundlage (§ 8 FKAustG) übermitteln wir, sofern Sie der Steuerpflicht im Ausland unterliegen, Ihren Namen, Anschrift, Steueridentifikationsnummer, Geburtsdatum und -ort, Ihre Vertragsnummer und Ihren aktuellen Vertragsstand an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt).

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: INTER Lebensversicherung AG, Erzberger Str. 9-15 in 68165 Mannheim (oder Postfach 10 16 16, 68016 Mannheim). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0621 427-944, per E-Mail an die E-Mail-Adresse: Widerruf@inter.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Versicherungsantrag/Versicherungsschein ausgewiesenen und von Ihnen gezahlten Betrag für den bis dahin gewährten Versicherungsschutz. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile hat der Versicherer Ihnen auszuzahlen. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehe eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben.
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Lebensversicherung

Bei dieser Lebensversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu den möglichen sonstigen Kosten; insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;
4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;
5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;
6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;
7. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

Ende der Widerrufsbelehrung