

## AUFNAHMEANTRAG MINDERJÄHRIGE

### 1. Personalien der zu versichernden Person

Vorname	
Nachname	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> ohne Eintrag

### 2. Eintrittsdatum

Tag	Monat	Jahr
0 1		

### 3. Umfang der gewünschten Versicherung

(Einfachversicherung = 01 bis Fünfzehnfachversicherung = 15)

--	--

### 4. Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Der Vorstand hat festzustellen, ob die Voraussetzungen für die Aufnahme erfüllt sind. Er kann den Abschluss von Zusatzversicherungen u. a. von der Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses abhängig machen.

Nach dieser Regelung bitten wir Sie, nachstehende Fragen zu beantworten:

<p>Befindet sich die zu versichernde Person in laufender ärztlicher Behandlung (auch Nachsorgeuntersuchungen)?</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN    <input type="checkbox"/> JA, wegen _____</p> <p>Nimmt sie derzeit oder nahm sie in den letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente ein?</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN    <input type="checkbox"/> JA: _____</p> <p>Wurde sie in den letzten 5 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen?</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN    <input type="checkbox"/> JA, wegen _____</p> <p>Ist sie oder war sie innerhalb der letzten 5 Jahre in Behandlung von Psychologen oder Psychotherapeuten?</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN    <input type="checkbox"/> JA, wegen _____</p> <p>Ist ein Grad der Behinderung (GdB) beantragt oder anerkannt worden?</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN    <input type="checkbox"/> JA, wegen _____</p>
--

## Bei Minderjährigen bitte die Personalien des Versicherungsnehmers eintragen

(z .B. Elternteil oder Großelternanteil; bitte auch die Anschrift angeben, falls abweichend)

Vorname		Nachname	
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl		Wohnort	
E-Mail-Adresse			telefonisch tagsüber zu erreichen unter
Sind Sie selbst bei uns versichert?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verwandtschaftsverhältnis

### 5. Sterbegeldempfänger

Wer soll Empfänger des Sterbegeldes sein?

Falls mehrere Personen eingetragen werden, bitte angeben, ob diese alternativ oder nachrangig bezugsberechtigt sind.

Vorname, Name, Geburtsdatum
-----------------------------

### Beratungsprotokoll:

Der Versicherungsnehmer wurde vor Unterschriftsleistung für diesen Versicherungsvertrag über Einzelheiten des Vertrages informiert:

Der Versicherungsnehmer schließt eine Versicherung auf den Todesfall ab, die im Falle des Todes zur Auszahlung kommt.

Der Beitrag ist bis zur Fälligkeit der Versicherungsleistung (Sterbegeld) zu zahlen. Auf Antrag kann die Versicherung nach den Bestimmungen der Satzung jeweils ab dem Folgemonat beitragsfrei gestellt werden. Hierdurch verringert sich die vereinbarte Versicherungssumme.

Die Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer ist jederzeit zum Ende des laufenden Monats möglich.

Kommt der Versicherungsnehmer seiner Verpflichtung zur Beitragszahlung nicht nach und wird er erfolglos gemahnt, so kann die Sterbekasse den Versicherten nach Ablauf einer Zahlungsfrist von mindestens einem Monat aus der Sterbekasse ausschließen.

Die abgeschlossene Versicherungsleistung ist während der Laufzeit des Vertrages garantiert und kann sich entsprechend dem Ergebnis des turnusmäßigen versicherungsmathematischen Gutachtens erhöhen.

Für den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Zuständige Aufsichtsbehörde: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Postfach 13 08, 53003 Bonn.

Weitere Einzelheiten zum abgeschlossenen Versicherungsvertrag sind in dem übergebenen Produktinformationsblatt geregelt und wurden zur Kenntnis genommen.

### Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung:

Sie sind verpflichtet, die in diesem Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bei Verletzung dieser Pflicht können wir vom Vertrag zurücktreten und es besteht kein Versicherungsschutz.

### Widerrufsrecht:

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 § (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 Sterbekasse Sozialversicherung

- Deutsche Rentenversicherung Rheinland -

Königsallee 71, 40215 Düsseldorf

Fax: 0211 / 937 2819, Mail: [info@sterbekasse-sozialversicherung.de](mailto:info@sterbekasse-sozialversicherung.de)

## Datenschutz:

Es werden Daten gespeichert, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind.

Hierzu gehören die im Antrag gemachten Angaben und versicherungstechnische Daten (z. B. Versicherungsnummern, Beitragsklassen und -höhen, Versicherungsbeginn, Versicherungsnehmer und Bankverbindung).

Versicherung Minderjähriger: Wir verpflichten uns, die Versicherungsnehmer nach Erreichen der Volljährigkeit über die schwebende Unwirksamkeit und die Genehmigungsbedürftigkeit der mit ihnen als Minderjährigen abgeschlossenen Versicherungsverträge zu unterrichten:

„Ihr Vertrag hätte, um rechtswirksam zu sein, der Genehmigung durch das Familiengericht bedurft, weil Sie bei Vertragsabschluss noch nicht volljährig waren. Eine solche Genehmigung liegt nicht vor. Nachdem Sie nun volljährig geworden sind, können Sie selbst entscheiden, ob Sie den Vertrag genehmigen wollen.

Wir gehen davon aus, dass Sie den Vertrag genehmigen, wenn Sie zum nächsten Fälligkeitstermin die Beitragszahlung fortsetzen. Sie können die Genehmigung aber auch ausdrücklich erklären oder ablehnen.“

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragsstellers  
(des gesetzlichen Vertreters)

## **Einwilligung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und Schweigepflichtentbindung**

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutz-Grundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag verarbeiten zu dürfen, benötigen wir, die Sterbekasse Sozialversicherung (im Folgenden nur Sterbekasse genannt), die datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um die Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit den Gesundheitsdaten

- durch die Sterbekasse selbst (unter 1.)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Sterbekasse (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie z. B. Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine Erklärungen abgeben können.

### **1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Sterbekasse**

**Ich willige ein**, dass die Sterbekasse die in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

### **2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten**

#### **2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen zu erhalten, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die zur Begründung von Ansprüchen gemacht wurden oder die sich aus eingereichten Unterlagen oder Mitteilungen ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen oder
- in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch uns einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten einwilligen.

#### **2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach dem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen (beispielsweise zur Feststellung ob ein Unfalltod vorliegt). Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Sterbekasse konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes **willige ich ein** in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung bei Dritten (Ärzten, Pflegepersonen, Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Behörden).

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Sterbekasse an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Sterbekasse tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 3. Weitergabe von Daten zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Berater einzuschalten. Die Sterbekasse benötigt die Einwilligung und Schweigepflicht-entbindung, wenn in diesem Zusammenhang die Gesundheitsdaten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

**Ich willige ein**, dass die Sterbekasse meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Sterbekasse zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten entbinde ich die für die Sterbekasse tätigen Personen und Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt:

Kommt der Vertrag nicht zustande, speichert die Sterbekasse Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

**Ich willige ein**, dass die Sterbekasse 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.

Ich willige in die zuvor erläuterte Nutzung der persönlichen Daten der von mir gesetzlich vertretenen Person ein. Nicht gewünschte Einwilligungen habe ich gestrichen.

Mir ist bekannt, dass ich der Nutzung jederzeit für die Zukunft widersprechen kann.

---

*Ort, Datum*

*Unterschrift gesetzlicher Vertreter*