

Antrag auf Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen

Versicherungsnummer	RINR	21001
Bereits Kunde? ☐ nein ☐ ja	Versicherungs-/Kundennummer:	

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1 Antragsteller (Versicherungsnehmer)

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma ☐ Sonst. Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	Name, Vornamen, Geburtsname (mit Komma trennen)	Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit	Familienstand
	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)	Wohnsitzland	Steuer-Identifikationsnummer	
	Berufliche Tätigkeit ☐ voll berufstätig	Branche		
	☐ Selbstständiger/Firma/Verein ☐ Hausmann/nicht berufstätig ☐ Angest./Arbeiter im öff. Dienst ☐ Kind/Schüler/Student ☐ Angestellter ☐ Rentner ☐ Arbeiter ☐ Beamter ☐ Beamtenanwärter ☐ Gesellschafter/Geschäftsführer			
Telefonnummer	Telefaxnummer	E-Mail	Mobilfunknummer	

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe*, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine **Kontakt Daten** für die Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der **regelmäßigen Kundenbetreuung** nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen diesen Vertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* gerichtet sind. Mein Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Bitte ankreuzen**	☐ ja, für Telefonnummer	☐ ja, für Telefaxnummer	☐ ja, für E-Mail	☐ ja, für SMS
-------------------	--	--	---	--------------------------------------

* Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: siehe Angaben in der Dienstleisterliste ** Freiwillige Angaben

2 Beitragszahlung und SEPA-Lastschriftmandat (Das Mandat gilt nur im Falle des Zustandekommens eines Vertrages)

Beitragszahlung laufend ☐ monatlich ☐ 1/4-jährlich ☐ 1/2-jährlich ☐ 1/1-jährlich	☐ Lastschriftverfahren ☐ Überweisung nach Zahlungsaufforderung (nicht bei monatlicher Beitragszahlung)
SEPA-Lastschriftmandat (Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN))	
Das Lastschriftverfahren für die Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe wird durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81 ZZZ 00000103174) ausgeführt. Die dabei eingezogenen Beiträge werden an die entsprechenden Gesellschaften weitergeleitet. Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt.	
Ich ermächtige die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., die jeweils fälligen Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von Ihnen vorgelegten 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 Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Über die Einzugstermine und die Höhe der einzuziehenden Beiträge werde ich in den jeweiligen Versicherungsscheinen, spätestens 1 Tag vor dem Einzugstermin informiert.	
IBAN (maximal 34 Stellen)	BIC (8 oder 11 Stellen)
Geldinstitut	Datum
Unterschrift Versicherungsnehmer/Kontoinhaber	

3 Versicherte Person, falls nicht Versicherungsnehmer

☐ Herr ☐ Frau ☐ Sonst. Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	Name, Vorname, Geburtsname (mit Komma trennen)	Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit	Familienstand
	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)	Wohnsitzland	Steuer-Identifikationsnummer	
	Berufliche Tätigkeit ☐ voll berufstätig	Branche		
	☐ Selbstständiger/Firma/Verein ☐ Hausmann/nicht berufstätig ☐ Angest./Arbeiter im öff. Dienst ☐ Kind/Schüler/Student ☐ Angestellter ☐ Rentner ☐ Arbeiter ☐ Beamter ☐ Beamtenanwärter ☐ Gesellschafter/Geschäftsführer			
Beziehungsstatus zum Antragsteller/Versicherungsnehmer (freiwillige Angaben)		☐ Verheiratet mit ☐ Kind von ☐ Elternteil von ☐ Mündel von ☐ Vormund von ☐ Geschwisterteil von ☐ Enkelkind von ☐ Arbeitgeber von ☐ Arbeitnehmer von		

4 Versicherungsumfang

☐ Bei Produktgruppe Collect oder Business wird der Antrag über folgende Kollektivvereinbarung gestellt:							
						Nr.: /	
Der Antragsteller bestätigt, zum berechtigten Personenkreis der Kollektivvereinbarung zu gehören. Sofern durch die Antragstellung über einen Kollektivpartner ein Rückschluss auf eine Gewerkschaftszugehörigkeit möglich ist, benötigen wir von Ihnen eine Einwilligung. Wenn Sie uns keine Einwilligung erteilen, ist ggf. das gewünschte Kollektiv nicht wählbar.							
☐ 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 Beiträge, erforderlich ist. Meine Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.							
Produkt TFV	Produktgruppe Comfort ☐ Collect ☐	Sofern nichts angekreuzt ist, gilt Comfort als beantragt.	Versicherungs- summe in EUR	Beitragszahlungs-/ Versicherungsbeginn	Ablauf Beitragszahlungsdauer 0:00 Uhr	Versicherungsdauer lebenslang	Gesamtbeitrag EUR
Ich stimme zu, dass in Abweichung zu § 33 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 VVG der Versicherungsschutz nicht erst beginnen und der Erstbeitrag nicht erst fällig sein soll mit Ablauf der 30-tägigen Widerrufsfrist, sondern unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem beantragten Beginn der Versicherung.							
Überschussverwendung: Leistungsbonus							

5 Bezugsberechtigung

Sofern nichts anderes bestimmt wird, ist bezugsberechtigt: Wenn die versicherte Person stirbt, ist der Versicherungsnehmer bezugsberechtigt. Ist dieser gleichzeitig versicherte Person, dann ist bezugsberechtigt: 1. der überlebende Ehegatte oder Lebenspartner, mit dem die versicherte Person im Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet war bzw. eine eingetragene Lebenspartnerschaft unterhielt, 2. die überlebenden Kinder zu gleichen Teilen, 3. die Eltern, 4. die Erben (in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten).	Anderenfalls ist bezugsberechtigt beim Tode der versicherten Person
--	--

6 Besondere Vereinbarungen

Wartezeit 2 Jahre Stirbt die versicherte Person innerhalb der ersten zwei Versicherungsjahre, wird als Versicherungsleistung die Summe der eingezahlten Beiträge fällig. Bei Tod der versicherten Person nach Ablauf des zweiten Versicherungsjahres oder Tod infolge eines Unfalls im Sinne der Erläuterungen auf Seite 5 wird die volle Versicherungssumme fällig. Die Leistungen aus der Überschussbeteiligung werden stets in voller Höhe fällig.
Hinweis Eine Gesundheitsprüfung findet in der Regel nicht statt. Die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG behält sich aber das Recht vor, eine solche durchzuführen, wenn risikobezogene Erkenntnisse aus vorherigen Antragstellungen, von anderen Personenversicherern oder aus sonstigen Gründen vorhanden sind.

7 Sonstiges

Information zur Verarbeitung Ihrer Daten

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Ausführliche Erläuterungen zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie in den Datenschutz-Informationen der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG. Diese werden Ihnen im Rahmen dieser Antragstellung zusammen mit weiteren vorvertraglichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.	Sie können die Datenschutz-Informationen zusätzlich im Internet abrufen unter http://www.signal-iduna.de/datenschutzinfo Bitte nehmen Sie die Datenschutz-Informationen entsprechend zur Kenntnis.
--	--

Erklärung des Versicherungsnehmers zum Geldwäschegesetz

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder damit verbundene Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt. ☐ ja ☐ nein, dann Aufzeichnung gemäß Geldwäschegesetz (GwG) Teil B ausfüllen
--

Erklärung zur Zugehörigkeit der Kapitalerträge zu einem Betriebsvermögen

Gehören die Kapitalerträge aus dem Versicherungsvertrag steuerlich zu den Einkünften aus Gewerbebetrieb, aus selbständiger Arbeit, aus Land- und Forstwirtschaft oder aus Vermietung und Verpachtung des Leistungsempfängers? ☐ ja ☐ nein Sofern keine Angabe erfolgt, gehen wir davon aus, dass die Kapitalerträge aus dem Versicherungsvertrag zu keiner der oben genannten Einkunftsarten gehören.
Bitte benachrichtigen Sie die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG, sobald sich am Status der vorstehenden Angaben Änderungen ergeben sollten.

Informationen zum Vermittler und des Vermittlers

a) Vermittlerbegriff: Vermittler in diesem Sinne sind der Agenturinhaber, Agenturpartner und in deren Namen arbeitende selbstständige Untervertreter sowie die in einer Bürogemeinschaft tätigen Vermittler. Weitere Informationen zu diesen Personen finden Sie auf der Vermittlerhomepage, auf die Sie unter www.signal-iduna-agentur.de über „Ansprechpartner“ gelangen.
b) Statusinformation und Beratungsgrundlage Die Informationen nach § 15 (1) und § 16 VersVermV und § 60 (2) VVG bzw. über den Status des angestellten Vermittlers wurden übergeben und sind von mir zur Kenntnis genommen worden.
c) Informationen zur Einbeziehung von Nachhaltigkeitsrisiken nach Art. 6 (2) Offenlegungsverordnung (EU) 2019/2088
d) Die vorgenannten Informationen habe ich zur Kenntnis genommen.

Wirtschaftsauskünfte

☐ Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG zum Zwecke des Vertragsabschlusses Informationen zu meinem Zahlungsverhalten, Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren sowie Informationen zur Berufstätigkeit unter Verwendung von Anschriftendaten von der CRIF GmbH, Victor-Gollancz-Straße 5, 76137 Karlsruhe bezieht und nutzt. Informationen hierzu kann ich bei der oben genannten Firma jederzeit einholen. Die Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
--

Empfangsbestätigung

Empfangsbestätigung zu SI Todesfallversicherung Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich die Datenschutz-Information SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG, die Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 2 der VVG-Informationspflichtenverordnung in der zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsschutzes gültigen Fassung sowie die Widerrufsbelehrung in Textform erhalten.	
Unterschrift Antragsteller	Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist.
Die Datenschutz-Informationen und die Dienstleisterliste habe ich vor Antragstellung in Textform erhalten.	
Unterschrift versicherte Person	Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn die versicherte Person minderjährig ist.

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärungen, um nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler und IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die folgenden Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abzugeben, oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Anschrift zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung Ihrer Daten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG.

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.

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG

Die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SIGNAL IDUNA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung als Anlage angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.signal-iduna.de/Kontakt/Datenschutz/index.php#Dienstleisterliste eingesehen oder bei unserem zentralen Kundenservice unter SIGNAL IDUNA Gruppe, 44121 Dortmund oder der Mailadresse info@signal-iduna.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer 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 SIGNAL IDUNA 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 SIGNAL IDUNA 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 SIGNAL IDUNA 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 Angaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dass diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Insoweit entbinde ich die für die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass 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 Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler* übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

* Sofern es sich bei dem Sie betreuenden Vermittler um einen Makler handelt, den Sie zur Betreuung Ihrer Versicherungsangelegenheiten eingeschaltet haben, besteht die Möglichkeit, dass dieser sich zu administrativen Zwecken im Zusammenhang mit Ihrem Vertrag weiterer Dritter, insbesondere Intermediäre, bedient.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Wichtigen Hinweise auf der Seite 5. In den Hinweisen sind u.a. die Vertragsgrundlagen (Antrag, gesetzliche Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland, Versicherungsbedingungen, ggf. Gebührenübersicht und Versicherungsschein) aufgeführt. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift auch die „Wichtigen Hinweise“ zum Inhalt dieses Antrages.

Widerrufsrecht

Es besteht ein Widerrufsrecht. 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, entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung.

Eine Zweitschrift, zusammen mit der Seite 5 „Wichtige Hinweise und Unfallbegriff“ erhält der Antragsteller sofort nach der Unterzeichnung dieses Antrages ausgehändigt.

Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers
(Versicherungsnehmer)

Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person,
sofern diese den Antrag nicht selbst stellt und
mindestens 14 Jahre alt ist

Eigenhändige Unterschriften der gesetzlichen Vertreter,
wenn Antragsteller oder versicherte Person
minderjährig ist

Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen (ggf. auch den Geburtsnamen) enthalten.

Erklärung und Unterschrift Vermittler

Angabe gemäß Geldwäschegesetz (GwG)

Die Richtigkeit der Unterschriften und der Angabe gemäß GwG wird bescheinigt. Es sind keine risikoerhöhenden Umstände bekannt (andernfalls gesonderten Bericht beifügen). Ich bestätige, die zur Identitätsfeststellung erforderlichen Angaben des Vertragspartners in dessen persönlicher Anwesenheit aufgenommen zu haben. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschrift(en) habe ich anhand vorgelegter Ausweise/Nachweise überprüft.

Ich erkläre nach § 15 (1) und § 16 VersVermV und § 60 (2) VVG: Ich bin

☐ Ausschließlichkeitsvermittler

☐ Mehrfachvermittler

☐ Makler

☐ HV Hamburg

☐ HV Dortmund

Aushändigung durch

☐ HV ☐ ADP

ADVNR

Unterschrift Vermittler

Bitte denken Sie an Ihre Daten: ADVNR, GD- und BTR-Nummer! Siehe auch Abschnitt „Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe“.

Wichtige Hinweise und Unfallbegriff

Versicherungsnehmer (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Wichtige Hinweise

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland, den jeweiligen Versicherungsbedingungen, ggf. Gebührenübersicht und dem Versicherungsschein.

Aufgabe bestehender Versicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen oder bei einem anderen Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar und mit Nachteilen verbunden ist auch die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei demselben Unternehmen.

Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Unfall gekommen ist.

Es fallen jedoch nicht unter den Unfallbegriff

- Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter den Unfallbegriff fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
Wir werden jedoch leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch ein unter den Unfallbegriff fallendes Unfallereignis veranlasst waren.
- Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter den Unfallbegriff fallenden Unfallereignis handelt.
- Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

Haben zur Herbeiführung des Todes neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 % mitgewirkt, so vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe

GD-Nr.	Betreuer-Nr.	Antr-GD	Antrags-Nr.	Ext.-Nr.	VB	Firmenschl.
ADVNR 1	Teil. 1	ADVNR 2	Teil. 2	ADVNR 3	Teil. 3	
Name ADV					Telefonnummer ADV	
Recherche GD / Antragsprüfung GD ☐ Checkliste geprüft ☐ Recherche telefonisch ☐ Recherche persönlich ☐ Antrag gemäß Anweisung geprüft und an HV weitergeleitet.			Datum	Funktionsstelle	Unterschrift	Tel.-Nr.

2100133 Mrz26 (intern)