

Antragsunterlagen

Wichtiger Hinweis:

Im Rahmen der Antragsaufnahme bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind Grundlage für die weitere Bearbeitung Ihres Antrages in unserem Hause und werden auch Bestandteil des von Ihnen angestrebten Versicherungsvertrages. Mit Ihren Antworten tragen Sie in einem ausgesprochen bedeutenden Maße dazu bei, uns die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos zu ermöglichen.

Wichtig für uns ist dabei die Angabe aller Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unsere Entscheidung zur Risikoübernahme erheblich sind. Wir fragen Sie daher nachfolgend nach allen Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten.

Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Allein auf diesem Wege erreichen Sie einen individuell auf Sie abgestellten und wirksamen Versicherungsschutz.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder dass später Vertragsanpassungen - auch rückwirkend - notwendig werden. Wir möchten dies gerne vermeiden, müssten aber bei Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht im Interesse der anderen Versicherten von rechtlichen Maßnahmen wie z.B. Rücktritt vom Vertrag oder Anfechtung des Vertrages oder auch Verweigerung der beantragten Leistung Gebrauch machen. Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem für Sie dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei.

Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Vertragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne an Sie stellen, um dann aktuell eine Annahmehescheidung treffen zu können.

Barcode hier aufkleben

IHK-Nummer Vermittlernummer Mitarbeiternummer

Antragsteller (Versicherungsnehmer/in=VN)

Form fields for applicant: Name, Vorname; Straße, Hausnummer; Land; Telefon und E-Mail-Adresse

Form fields for applicant: Geburtsdatum; PLZ, Ort; ausgeübter Beruf / Branche

Zu versichernde Person (nur auszufüllen falls abweichend vom Antragssteller)

Form fields for insured person: Name, Vorname; Straße, Hausnummer; PLZ, Ort

Form fields for insured person: Geburtsdatum; ausgeübter Beruf / Branche

Empfänger der Versicherungsleistung

Form field for beneficiary: Name, Vorname, Geburtsdatum des Bezugsberechtigten

Versicherungsschutz Vertragsdaten

über 150.000 EUR werden weitere Risikoprüfungsfragen erforderlich

Form fields for contract data: Versicherungsbeginn; Versicherungsdauer (in Jahren)

Form field for contract data: Versicherungssumme (max. 500.000 EUR)

Zahlweise Mindestbeitrag: 25 EUR

Form fields for payment: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich

Beitragszahlung

PrismaLife wird bis auf Widerruf ermächtigt, sämtliche Beträge, die der/die Zahlungspflichtige aus dem Versicherungsverhältnis schuldet, von folgendem Konto einzuziehen.

Form fields for payment: Kontonummer; Bankleitzahl; Name und Sitz des Geldinstituts

Kosten

Form fields for costs: Abschlusskosten; Einrichtungskosten; Laufende Verwaltungskosten

Beitragszahler (nur auszufüllen, falls VN nicht Beitragszahler)

Form fields for contributor: Name, Vorname des Beitragszahlers; Geburtsdatum; Staatsangehörigkeit; Straße, Hausnummer, PLZ, Ort; Unterschrift des Beitragszahlers

Gesundheitsfragen

Fragen an die zu versichernde Person

- 1. Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten Zigaretten, Zigarren oder Pfeife geraucht?
2. Wie viel Alkohol konsumieren Sie pro Woche?
3. Haben Sie in den letzten 10 Jahren Kokain, Amphetamine oder andere Stimulantien...
4. Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an:
5. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren positiv auf HIV/AIDS, Hepatitis B oder C getestet?
6. Wurden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren eine der unten aufgeführten Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen von einem Arzt oder Heilbehandler diagnostiziert...
A. Herzinfarkt, Brustschmerzen, Herzgeräusche, Herzrasen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzfehler angeboren oder erworben, Arterien- oder Venenerkrankungen?
B. Krebs oder Tumore jeglicher Art, Leukämie?
C. Multiple Sklerose, Störung oder Krankheiten des Gehirns oder des Nervensystems?
D. Erkrankungen des Immunsystems wie z.B. Rheuma, Gelenkentzündungen?
E. Diabetes, Zucker im Urin oder andere Stoffwechselerkrankungen wie z.B. Schilddrüsenfunktionsstörung?
F. Depressionen, jegliche Form von geistigen oder nervlichen Störungen, Benutzung von Antidepressiva oder Beruhigungsmitteln?
G. Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen der Lunge oder der Atemwege wie z.B. Bronchitis, Asthma?
H. Geschwüre, Entzündungen oder andere Gesundheitsstörungen der Verdauungsorgane oder der Leber?
I. Gesundheitsstörungen der Nieren, Blase oder Prostata, Blut oder Eiweiß im Urin?
J. Alkohol- oder Drogenkonsum?

Unterschrift des Kunden

Wenn Sie eine der Fragen 6A bis J auf der linken Antragsseite mit ja beantwortet haben, bitten wir Sie um nähere Angaben:

Gesundheitsstörung	Von / bis wann?	Verheilt?	Behandelnder Arzt (Adresse)

7. Waren Sie in den vergangenen 10 Jahren im Krankenhaus oder ist ein Krankenhausaufenthalt geplant (ausser Entbindung)? nein ja

Wenn ja, geben Sie bitte den Grund an: _____

in Behandlung wegen	Von / bis wann?	Geheilt?	Krankenhaus (Adresse)

8. Wurde bei Ihren leiblichen Eltern, Grosseltern oder Geschwistern eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsstörungen vor Vollendung des 65. Lebensjahres diagnostiziert oder starb er / sie vor Vollendung des 65. Lebensjahres daran:
Herz-/Kreislauferkrankungen, Bluthochdruck, Krebs, Diabetes, Nierenerkrankungen oder Erbkrankheiten nein ja

Wenn ja, geben Sie bitte an: wer, in welchem Alter und welche Krankheit:

9. Welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus? _____ nein ja

Sind Sie in diesem Beruf besonderen Gefahren ausgesetzt, wie z.B. Sprengstoff, Tauchen?

Falls ja, welchen? _____

10. Sind Sie in Ihren Freizeitaktivitäten besonderen Risiken ausgesetzt wie z.B. beim Alpinismus, Tauchen, Motorsport, Gleitschirm- oder Drachenfliegen, Ultraleicht- oder Sportfliegerei? nein ja

Wenn ja, geben Sie bitte an:

Sport-/Freizeitaktivität	wie häufig ausgeübt	Bemerkungen über die Aktivität

11. Beabsichtigen Sie in den kommenden 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt in einem Land außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, der Schweiz oder Nordamerikas von mehr als 3 Monaten? nein ja
Falls ja, welches Land/welche Länder? _____

12. Dem Antrag liegen zusätzliche Angaben zu den Gesundheitsfragen bei: nein ja
Falls ja, geben Sie bitte die Seitenzahl an: _____ Seiten.

Unterschriften

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir oder dem Vermittler für mich gemachten Angaben auf dieser und der vorhergehenden Antragsseite sowie in etwaigen Zusatzfragebögen, und dass ich eine Durchschrift meines Antrages erhalten habe. Des Weiteren bestätige ich, dass ich die auf der Rückseite stehende Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person – insbesondere den Abschnitt zum Datenschutz – gelesen habe. Ich bin damit einverstanden, dass diese Schlussklärung und die Verbraucherinformationen Bestandteil dieses Antrages sind. Dass bei unrichtigen Angaben der Versicherungsschutz verloren gehen kann, ist mir bewusst. Darüber hat mich der Vermittler dieses Antrages ausdrücklich informiert. Ich, der Antragsteller, bestätige ferner, dass ich die Versicherungsbedingungen, die Verbraucherinformationen und das Produktinformationsblatt für die Risikolebensversicherung rechtzeitig vor Abgabe meines Antrages in Papierform oder in elektronischer Form (lesbarer CD) erhalten habe.

Ort, Datum

x _____
Antragsteller/in VN

x _____
zu versichernde Person

**Belehrung über das
Widerrufsrecht**

Sie können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Ihre Vertragserklärung widerrufen. Der Widerruf ist in Textform (Brief, Fax, E-Mail) gegenüber der PrismaLife AG zu erklären (Kontakt Daten: PrismaLife AG, Industriestrasse 56, FL - 9491 Ruggell; Fax: 00423/237 00 09; E-Mail-Adresse: info@prismalife.com) und muss keine Begründung enthalten. Die Frist beginnt erst nach Erhalt in Textform der Versicherungspolice, der Vertragsbestimmungen einschliesslich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und dieser Belehrung. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. **Widerrufsfolgen:** Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. **Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogenen Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.**

Ort, Datum

x _____
Antragsteller/in VN

Vermittler
(Siehe Zusatzklärung auf der Rückseite)

Antrag auf eine Risikolebensversicherung

PRODUKT RISIKOLEBENSVERSICHERUNG

Bei der Risikolebensversicherung handelt es sich um eine Versicherung auf den Todesfall der versicherten Person.

Bei Tod der versicherten Person während der Vertragsdauer zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme aus. Die Versicherungssumme ist in der Versicherungspolice aufgeführt.

Unser verantwortlicher Aktuar überprüft jährlich, ob die erhobenen Beiträge für die Deckung der Risiko- und Verwaltungskosten ausreichen. Der Beitragssatz kann erhöht werden, wenn sich der Aufwand für das Risiko und die Verwaltung erhöht. Der erhöhte Beitrag findet ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres Anwendung, wenn wir dem Versicherungsnehmer die Änderung einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und ihn schriftlich über sein Kündigungsrecht belehrt haben.

Die Höhe der Beitragssätze der Versicherungsverträge hängt von der Risikoklasse, der der Vertrag zugeordnet ist, sowie von etwaigen Zuschlägen ab. Die Beitragssätze können sich daher im Laufe der Versicherungsdauer ändern.

ZUSATZERKLÄRUNG DES VERMITTLERS FÜR DIESEN ANTRAG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Kunden beim Abschluss des Vertrags beraten und dabei die Wettbewerbsrichtlinien eingehalten habe. Ich habe diesen Antrag eigenhändig aufgenommen und habe den Eindruck, dass die Höhe des Todesfallschutzes dem Bedarf des Antragsstellers angemessen ist. Zu diesem Antrag wurden keine Nebenabreden getroffen. Ich bestätige, dass die Unterschrift des Versicherungsnehmers echt ist.

SCHLUSSERKLÄRUNG DES/DER ANTRAGSSTELLERS/IN UND DER ZU VERSICHERNDEN PERSON FÜR DIESEN VERTRAG

VERANTWORTLICHKEIT FÜR DEN ANTRAG UND VERPFLICHTUNGEN BIS ZUR ANTRAGSABGABE

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass die PrismaLife bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht vom Vertrag zurücktreten, kündigen oder ihn anfechten und ggf. die Leistung verweigern kann.

Ich überprüfe die Angaben und Erklärungen, die ich oder der Vermittler für mich in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährde ich meinen Versicherungsschutz! Die Vermittler selbst sind nicht berechtigt, (Neben-)Gebühren zu erheben.

VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE BEANTWORTUNG DER GESUNDHEITSFragen

Ich bestätige, dass ich die Gesundheitsfragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet habe. Ich weiss, dass die PrismaLife bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. die Leistung verweigern kann.

Ich überprüfe die Angaben und Erklärungen, die ich oder der Vermittler für mich in diesem Antrag oder in anderen Schriftstücken geschrieben haben auf Richtigkeit und Vollständigkeit. Sonst gefährde ich meinen Versicherungsschutz!

ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

Dieser Vertrag ist nicht an den Überschüssen der PrismaLife beteiligt.

GÜLTIGES RECHT UND VERTRAGSGRUNDLAGEN

Mir ist bekannt, dass für die beantragte Versicherung das Recht der Bundesrepublik Deutschland gilt. Ferner gelten – außer diesem Antrag mit den Erklärungen und Hinweisen – die Vertragsgrundlagen (Allgemeine Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen, Merkblatt zur Datenverarbeitung). Diese Unterlagen habe ich rechtzeitig vor Abgabe meines Antrages erhalten.

BEITRAGSENTWICKLUNG

Der Beitragssatz kann erhöht werden, wenn sich der Aufwand für das Risiko und die Verwaltung erhöht. Der erhöhte Beitrag findet ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres Anwendung, wenn wir dem Versicherungsnehmer die Änderung einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und ihn schriftlich über sein Kündigungsrecht belehrt haben. Die Höhe der Beitragssätze der Versicherungsverträge hängt von der Risikoklasse ab, der der Vertrag zugeordnet ist. Maßgeblich für die Zuordnung eines Vertrags zu einer Risikoklasse sind die Ergebnisse der Risikoprüfung und der Überprüfung des Raucherhaltens der versicherten Person. Darüber hinaus erheben wir für bestimmte gefahrerhebliche besondere Risiken durch Sportarten, Freizeitaktivitäten oder den ausgeübten Beruf Zuschläge. Alle 10 Jahre werden wir die einzelnen Verträge der einzelnen Risikoklassen darauf überprüfen, ob sie immer noch die Kriterien der jeweiligen Risikoklasse erfüllen. Ergibt sich hierbei, dass ein Versicherungsvertrag die Kriterien der Zugehörigkeit zur bisherigen Risikoklasse nicht mehr erfüllt, wird der Vertrag ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode in die entsprechende Risikoklasse mit dem erforderlichen Beitrag eingeteilt. Dabei können auch Zuschläge erhoben werden, wenn die versicherte Person zwischenzeitlich einen gefährlichen Beruf ergriffen hat oder regelmässig eine gefahrerhebliche Sportart oder Hobby ausübt. Hierdurch kann sich der Beitrag erhöhen.

VERSICHERUNGSSCHUTZ

Der Versicherungsschutz beginnt mit Zahlung des Einlösungsbeitrages und Antragsannahme; jedoch nicht vor Versicherungsbeginn.

WECHSEL DES VERSICHERERS

Mir ist bekannt, dass die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen für den Versiche-

rungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht ist

WIDERRUFSRECHT

Sie können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Ihre Vertragserklärung widerrufen. Der Widerruf ist in Textform (Brief, Fax, E-Mail) gegenüber der PrismaLife AG zu erklären (Kontaktdaten: PrismaLife AG, Industriestrasse 56, FL - 9491 Ruggell; Fax: 00423/237 00 09; E-Mail-Adresse: info@prismalife.com) und muss keine Begründung enthalten. Die Frist beginnt erst nach Erhalt in Textform der Versicherungspolice, der Vertragsbestimmungen einschliesslich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und dieser Belehrung. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

KÜNDIGUNG

Sie können Ihren Vertrag jederzeit mit einer Frist von 5 Tagen zum Ende der laufenden Versicherungsperiode schriftlich kündigen. Zu diesem Zeitpunkt endet auch der Versicherungsschutz.

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT Generelle Ermächtigungsklausel

Ich ermächtige die PrismaLife, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung/Pflege war, bin oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten 10 Jahre nach der Antragsannahme. Die PrismaLife darf auch die Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie alle oben genannten Personen bzw. Institutionen über die Todesursache und die Krankheit, die zum Tod geführt haben, befragen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Einzelfallermächtigung

Alternativ zur generellen Ermächtigungsklausel habe ich auch die Möglichkeit, mich für eine einzelfallbezogene Informationsbeschaffung zu entscheiden. Dies bedeutet, dass ich in jedem Einzelfall bei Nachfragen bei den o.g. Personen und Institutionen jeweils individuell um Entbindung der Schweigepflicht gebeten werde. Die Einzelfallermächtigung gilt nicht im Falle meines Todes. In diesem Fall gelten die unter der generellen Ermächtigungsklausel aufgeführten Möglichkeiten.

Möglichkeit der Selbstbeschaffung der Informationen

Neben der generellen Ermächtigungsklausel und der Einzelfallermächtigung habe ich auch die Möglichkeit, mich für die Selbstbeschaffung der von der PrismaLife benötigten Informationen zu entscheiden. Dies bedeutet, dass die von der PrismaLife bei den o.g. Personen und Institutionen angeforderten Informationen über mich an die PrismaLife weitergeleitet werden. Ich habe dabei die Möglichkeit, die Informationen zu ergänzen oder deren Aushändigung an die PrismaLife zu widersprechen. Die Möglichkeit der Selbstbeschaffung der Informationen gilt verständlicherweise ebenfalls nicht im Falle meines Todes. In diesem Fall gelten die unter der generellen Ermächtigungsklausel aufgeführten Möglichkeiten.

Vermittler/in weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus auch für die Beratung und Betreuung in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei der Antragstellung vom Inhalt der Hinweise zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte. Diese Unterlage erhalte ich sofort ausgehändigt, zusammen mit meinen Vertragsunterlagen.

VERSICHERER UND VERTRAGSPARTNER

PrismaLife AG
Industriestrasse 56
FL-9491 Ruggell
Tel: 00423 / 237 00 00
Fax: 00423 / 237 00 09

WICHTIGER HINWEIS

Zur schnellen und effektiven Bearbeitung meines Antrages ist es wichtig, dass die PrismaLife alle o.g. Personen und Institutionen zu meinen im Antrag gemachten Angaben über meine Gesundheitsverhältnisse befragen kann. Deshalb geht die PrismaLife bei der Bearbeitung des Antrages von einer generellen Ermächtigung zur Entbindung der Schweigepflicht aus, sofern ich nicht bei Antragstellung schriftlich mitgeteilt habe, dass ich eine der o.g. Alternativmöglichkeiten wünsche. In diesen Fällen werden mir die dadurch entstehenden Mehrkosten in Rechnung gestellt; auch der Zeitaufwand für die Bearbeitung meines Antrages kann sich hierdurch verlängern. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, der einmal von mir gewählten Schweigepflichtentbindungsklausel zu widersprechen.

DATENSCHUTZ

Ich willige ein, dass die PrismaLife im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an den Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer, Auskunftfeien und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer) übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch (unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages) für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die PrismaLife meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständige/n