

## Versicherungsantrag auf Abschluss einer Rentenversicherung gegen Einmalbeitrag

Beantragter Versicherungsbeginn

--	--	--	--	--	--	--	--

Wird von der Advigon ausgefüllt:

VE	Personen-Nr. (Vers.-Nr.)	Abschlussverm. AD-Nr.	Bestandsbetr. AD-Nr.	Kunden-Nr.	ADEBAT1 01.21 003085-075-000001
					AD-Versand <input type="checkbox"/> ja

**Antragsteller**  
Versicherungsnehmer (mindestens 18 Jahre)

Herr   
Frau   
Firma

Name/ Firmennamen \_\_\_\_\_ Titel/Gesellschaftsform \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Zustellergänzung \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort/ Sitz \_\_\_\_\_ **DEUTSCHLAND** (Umsatz-) Steueridentifikations-Nr. \_\_\_\_\_  
Telefon\* (privat) \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit/ Sitzland \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_  
Familienstand\*  ledig  verheiratet  eingetragene Partnerschaft  eheähnliche Gemeinschaft  geschieden  verwitwet  
Ist der Antragsteller ein Unternehmen (Kapital- oder Personengesellschaft)? ja  nein   
Wird der Antragsteller von einer anderen Person vertreten (z. B. Betreuer, Bevollmächtigter)? ja  nein

**Zu versichernde Person**

Herr   
Frau   
Hinweis: Wenn Antragsteller = versicherte Person, dann nur die markierten Felder ausfüllen

Name \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Zustellergänzung \_\_\_\_\_  
Derzeitige berufliche Tätigkeit (Haupt- und Nebenberuf) \_\_\_\_\_ Berufsschlüssel \_\_\_\_\_  
Status \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
(siehe Seite 5) (bei Status 3)

**Angaben zur Steuerpflicht**

**natürlicher Personen** Bitte geben Sie uns nachfolgend alle Länder an, in denen Sie steuerlich ansässig sind und teilen Sie uns Ihre jeweilige Steueridentifikationsnummer (TIN) mit. Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte das Formular "Selbstauskunft natürliche Personen" bei.  
Ich bestätige, dass ich in folgenden Ländern steuerlich ansässig bin:

Land	Steueridentifikationsnummer (TIN)	Kein TIN weil:

**Unternehmen** Bitte reichen Sie uns das Formular „Selbstauskunft Rechtsträger“ ein.

**Konto für Beitragszahlung**

**Mandat für SEPA-Basislastschriften für einmalige Zahlung**  abweichender Beitragszahler (Beitragszahler nicht Antragsteller). Wenn der Antragsteller nicht der Beitragszahler ist, muss das Formular RW 015 (Mandatserteilung für abweichende Beitragszahler) ausgefüllt werden.

Ihre IBAN finden Sie auf Ihrer Bankkarte (die deutsche IBAN besteht inkl. Länderkennzeichen aus 22 Stellen)

z. B. DE Prüfziffer BLZ Konto-Nr.

IBAN \_\_\_\_\_ SEPA-Mandatserteilung (Inhalt siehe Schlusserklärungen)

Datum  1. Unterschrift des Antragstellers

**Angaben nach dem Sorgfaltspflichtgesetz**

**Feststellung wirtschaftlich Berechtigter**  Ich bin wirtschaftlich Berechtigter. (Nähere Informationen siehe Schlusserklärungen „Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz“).  
 Ich bin **nicht** wirtschaftlich Berechtigter: Bitte Formular zur Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten bei Privatpersonen beifügen.

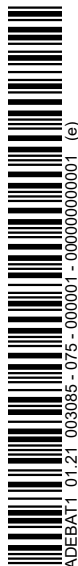
**Mittelherkunft natürliche Person** Woraus wird der Beitrag finanziert (**Nachweise beifügen**)? (z. B. lfd. Einkünfte, Ersparnisse, Erbschaft, Ablaufleistung einer Lebensversicherung)

Beruf/Geschäftstätigkeit des Beitragszahlers: \_\_\_\_\_ Verwendungszweck der eingebrachten Vermögenswerte nach Auszahlung: (Zutreffendes bitte ankreuzen)  
Wenn derzeit keiner beruflichen Tätigkeit nachgegangen wird, bitte die berufliche Tätigkeit angeben, die zuletzt ausgeübt wurde.  
 Altersvorsorge  Kapitalvermehrung  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Mittelherkunft Unternehmen** Der Antragsteller ist ein Unternehmen. In diesem Fall fügen Sie bitte noch folgendes bei:  
 „Formular zur Identifizierung von Rechtsträgern“  
 Unterlagen, die den wirtschaftlichen Hintergrund des Gesamtvermögens/die Geschäftstätigkeit dokumentieren (z.B. Jahresabschlüsse, Steuererklärungen, etc.)  
Verwendungszweck der eingebrachten Vermögenswerte nach Auszahlung: \_\_\_\_\_

**Politisch exponierte Person** Ist eine für dieses Vertragsverhältnis relevante Person (Antragsteller, ggf. für diesen auftretende Person, wirtschaftlich Berechtigter, Bezugsberechtigter) eine politisch exponierte Person oder steht eine dieser Personen einer politisch exponierten Person nahe?  
 ja  nein Wenn ja: Bitte Erklärung zur Feststellung politisch exponierter Personen (PEP) gemäß Sorgfaltspflichtgesetz ausfüllen. (Nähere Informationen siehe Schlusserklärungen „Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz“)  
**Bitte Pass-/oder Ausweiskopie des Antragstellers (sowie für diesen auftretende Vertreter) und des abweichenden wirtschaftlich Berechtigten beifügen.**

\* Diese Angaben sind freiwillig



Antragsteller Name/Firmenname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

**Produktmerkmale**

Tarif **Advigon.Kapital-SCHUTZ Plus nach Tarif ARS**

Technische Daten Rentenbeginn am \_\_\_\_\_ Rentenzahlung bis zum \_\_\_\_\_  
Beitragszahlung bis zum \_\_\_\_\_

Rentenzahlweise  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Garantierte Rente \_\_\_\_\_ EUR Garantierte Kapitalabfindung \_\_\_\_\_ EUR

Überschussverwendung für die Rentenversicherung  
In der Ansparphase  verzinsliche Ansammlung  
Im Rentenbezug  voll-dynamische Bonusrente

Todesfallabsicherung  
In der Ansparphase  Vertragsguthaben  
Im Rentenbezug  keine Todesfallleistung

Bezugsrecht **Im Erlebensfall** der Versicherungsnehmer.  
Nur falls eine andere Person gewünscht ist, bitte die folgenden Felder ausfüllen:

Herr  Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
Frau  Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Zustellergänzung \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Wohnsitzstaat \_\_\_\_\_

**Im Todesfall** der Versicherungsnehmer, sofern dieser nicht versicherte Person ist; sonst der Ehepartner/eingetragener Lebenspartner der versicherten Person (zzt. des Ablebens gültige Ehe/Lebenspartnerschaft).

Nur falls eine andere Person gewünscht ist, bitte die folgenden Felder ausfüllen:

Herr  Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
Frau  Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Zustellergänzung \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Wohnsitzstaat \_\_\_\_\_

Beitrag **Gesamtbeitrag** einmalig \_\_\_\_\_ EUR

Antragsteller Name/Firmenname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Entbindung vom Versicherungsgeheimnis

## Entbindung vom Versicherungsgeheimnis gemäß Art. 104, 105 Versicherungsaufsichtsgesetz (VersAG)

Die Advigon Versicherung AG hat Ihren Sitz im Fürstentum Liechtenstein. Es gilt somit das Versicherungsaufsichtsgesetz (VersAG) von Liechtenstein. In Artikel 104 des VersAG ist das Versicherungsgeheimnis beschrieben. Dies verpflichtet die Mitglieder der Organe von Versicherungsunternehmen und ihre Mitarbeiter sowie sonst für solche Gesellschaften tätige Personen zur Geheimhaltung von nicht öffentlich bekannten Tatsachen, die ihnen aufgrund der Geschäftsverbindungen mit Kunden anvertraut oder zugänglich gemacht worden sind. Von der Geheimhaltungspflicht kann gemäß Artikel 105 VersAG entbunden werden.

I.

Zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung sowie bei Beantragung des Versicherungsschutzes benötigen wir daher Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung zur Übermittlung von Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sowie sonstige die Geschäftsbeziehung mit der Advigon Versicherung AG betreffende Daten an:

- liechtensteinische und deutsche Gerichte und Behörden,
- sonstige Institutionen, wenn hierzu eine gesetzliche Pflicht besteht.

II.

Der/die Antragsteller nimmt/nehmen insbesondere von den folgenden, derzeit gültigen gesetzlichen Meldepflichten der Advigon Kenntnis.

### Bei Leistungen aus dem Versicherungsvertrag: Rentenbezugsmitteilung an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA)

Werden Leistungen aus Ihrem Vertrag fällig, haben wir das gemäß § 22a des deutschen Einkommensteuergesetzes (EStG) der ZfA mitzuteilen. Um § 22a des EStG nachzukommen, muss die Advigon Versicherung AG der ZfA bis zum 1. März des Jahres, der auf das Jahr folgt, in dem eine Leistung zugeflossen ist, folgende Daten übermitteln (Rentenbezugsmitteilung):

- Identifikationsnummer, Familienname, Vorname und Geburtsdatum des Leistungsempfängers,
- soweit vorhanden eine ausländische Anschrift des Leistungsempfängers,
- je gesondert den Betrag der Renten und Leistungen,
- Zeitpunkt des Beginns und des Endes des jeweiligen Leistungsbezugs,
- Bezeichnung und Anschrift des Mitteilungspflichtigen (mitteilungspflichtig ist die Advigon Versicherung AG).

### Meldung im Rahmen des internationalen automatischen Informationsaustauschs in Steuersachen (AIA) an die liechtensteinische Steuerverwaltung (STV)

Im Rahmen des internationalen automatischen Informationsaustauschs in Steuersachen (AIA) ist die Advigon verpflichtet folgende Informationen in Bezug auf den Versicherungsnehmer an die liechtensteinische Steuerverwaltung zu melden, welche diese Informationen an die zuständigen Behörden der Partnerstaaten weiterleitet:

- Name
- Anschrift
- Ansässigkeitsstaat(en)
- Steueridentifikationsnummer(n), TIN
- Geburtsdatum
- Versicherungsnummer
- Gesamtsaldo oder -wert (einschließlich erwarteter Versicherungsleistungen oder Rückkaufwerte)
- die Auflösung des Kontos
- Gesamtbruttobetrag, der in Bezug auf das Konto an den Kontoinhaber gezahlt oder ihm gutgeschrieben wurde.

Weitere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den Schlusserklärungen.

### Meldung an liechtensteinische Behörden im Rahmen der Wahrnehmung der gesetzlichen Sorgfaltspflichten nach dem Sorgfaltspflichtgesetz (SPG)

Im Rahmen der gesetzlichen Sorgfaltspflichten ist die Advigon in den nach Art. 17 Abs. 1 SPG genannten Fällen verpflichtet, Daten, insbesondere bzgl. der Identifizierung an diesem Vertrag beteiligter Personen und der Mittelherkunft, an liechtensteinische Behörden zu melden. Bezüglich der von der Advigon erhobenen Daten stehen Ihnen die Rechte der Datenschutz-Grundverordnung (EU) 2016/679 zu, soweit deren Bestimmungen unmittelbar gelten. Darüber hinaus steht Ihnen das Auskunftsrecht nach Art. 11 des liechtensteinischen Datenschutzgesetzes (DSG) sowie das Berichtigungsrecht nach Art. 7 DSG zu. Die folgende Erklärung ist für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der Advigon unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

Ich bestätige, dass ich von den zuvor stehenden Gesetzesvorschriften und den sich hieraus ergebenden Mitteilungspflichten sowie den weiteren zu den aufgeführten Zwecken an verschiedene Empfänger übermittelten Daten Kenntnis genommen und diese verstanden habe. Die maßgebenden Gesetzestexte nach deutschem Recht finden sie unter [www.gesetze-im-internet.de/estg/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/estg/index.html), diejenigen nach liechtensteinischem Recht unter [www.gesetze.li](http://www.gesetze.li).

Diese Entbindung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags und gilt auch für die Zeit nach Beendigung des Vertrags.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ **2. Unterschrift** des Antragstellers \_\_\_\_\_

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am \_\_\_\_\_ folgende Unterlagen erhalten zu haben: Verbraucherinformation **ADPSVI4**

- nebenstehend benannte Verbraucherinformation, die darin enthaltenen Vertragsbestimmungen einschl. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG,
- „Basisinformationsblatt“ und „Individuelles Informationsblatt bei Versicherungsanlageprodukten“,
- Durchschrift/Kopie des Beratungsprotokolls.

**3. Unterschrift** des Antragstellers \_\_\_\_\_

Besondere Vereinbarungen

Nebenabreden sind nur verbindlich, wenn sie von der Gesellschaft schriftlich bestätigt werden.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen, die auch Hinweise zu den Verhaltensregeln zum Datenschutz enthalten, zum Inhalt dieses Antrags. Sie bestätigen auch, die nachfolgend genannten Einwilligungen zur Kenntnis genommen zu haben und ihnen zuzustimmen:

- Einwilligung zur Bonitätsauskunft,
- Einwilligung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB (Strafgesetzbuch) unterliegen.

Ja, ich möchte auch weiterhin gut informiert bleiben und keine aktuellen Aktionen der Advigon Versicherung AG verpassen!

Ich bin einverstanden, dass mich die Advigon Versicherung AG zu ihren versicherungsbezogenen Produkten, Services oder Marktforschungsbefragungen (z. B. zu den Themen Kranken-, Lebens-, Reise- und Sachversicherung) über die nachfolgend von mir ausgewählten Kommunikationswege kontaktiert.

Bitte informieren Sie mich per:  E-Mail  Telefon

Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post (Advigon Versicherung AG, LV-Service, 20911 Hamburg), E-Mail ([lv-vertrag@advigon.com](mailto:lv-vertrag@advigon.com)) oder Telefon (040 5555 4033) formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bis dahin bleibt diese Einwilligung in Kraft.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ **4. Unterschrift** des Antragstellers \_\_\_\_\_

Unterschrift der zu versichernden Person (unter 18 Jahren auch deren gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_

Der vorstehende Versicherungsantrag wurde ( nicht) in meiner Gegenwart unterschrieben.

Unterschrift des Vermittlers

\_\_\_\_\_

# Schlusserklärungen

## Wichtig für den Antragsteller:

1. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Lebensversicherungsunternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.
2. Den Antrag kann der Versicherer innerhalb von 6 Wochen annehmen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit geforderter ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tage der Untersuchung.
3. Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherungsschein bzw. die schriftliche Annahmeerklärung des Versicherers zugegangen ist.
4. Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Nebengebühren und Kosten werden nicht berechnet. Insbesondere sind Versicherungsvermittler oder Versicherungsmakler nicht berechtigt, ihrerseits von dem Versicherungsnehmer irgendwelche Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.
5. Der Versicherungsschutz besteht ab dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn, sofern der erste Beitrag gezahlt wurde und Sie den Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmeerklärung erhalten haben.
6. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz zum vorgenannten Beginn, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist, besteht. **Informationen über das Widerrufsrecht finden Sie in der Verbraucherinformation auf den Seiten 4 und 5 unter „Wichtige Informationen“.**
7. Mir ist bekannt, dass bei Rentenversicherungen aus den Beiträgen die Abschluss- und Verwaltungskosten sowie die Kosten zur Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle (Risikobeiträge) entnommen werden. Deshalb fällt bei Kündigung in den ersten Jahren nur ein niedriger Rückkaufwert an. Über die Entwicklung des Rückkaufwertes gibt mir der Versicherungsschein Auskunft.
8. Mir ist bekannt, dass Beiträge zu zahlen sind, die unter Umständen mit ihrem Gesamtbeitrag die Versicherungsleistung übersteigen können.
9. Ich werde an den Überschüssen des Versicherungsunternehmens beteiligt. Die Höhe der Überschussbeteiligung wird jährlich neu festgelegt.

## Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz

1. **Wirtschaftlich berechtigte Person:** Dies ist eine natürliche Person, auf deren Veranlassung oder in deren Interesse eine Transaktion oder Tätigkeit ausgeführt oder eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird. Im Falle von Rechtsträgern ist es auch diejenige natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Rechtsträger letztlich steht. Als wirtschaftlich berechtigt gelten bei Versicherungsverträgen diejenigen natürlichen Personen, die wirtschaftlich die Versicherungsprämien letztlich leisten.
2. **Politisch exponierte Personen** sind natürliche Personen, die wichtige öffentliche Ämter ausüben oder bis vor einem Jahr ausgeübt haben, sowie deren unmittelbare Familienmitglieder oder ihnen bekanntermaßen nahe stehenden Personen. Als wichtige öffentliche Ämter gelten – soweit es sich nicht bloß um mittlere oder niedrige Funktionen handelt – Staatschefs, Regierungschefs, Minister, stellvertretende Minister, Staatssekretäre, wichtige Parteifunktionäre; Parlamentsmitglieder oder Mitglieder vergleichbarer staatlicher Gesetzgebungsorgane; Mitglieder von obersten Gerichten, Verfassungsgerichten oder sonstigen hochrangigen Institutionen der Justiz, gegen deren Entscheidungen kein Rechtsmittel eingelegt werden kann; Mitglieder der Rechnungshöfe oder der Verwaltungs- und Leitungsorgane von Zentralbanken; Botschafter, Geschäftsträger (chargé d'affaire) und hochrangige Offiziere der Streitkräfte; Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- oder Aufsichtsorgane staatlicher Unternehmen; Direktoren, stellvertretende Direktoren und Mitglieder des Leitungsorgans oder eine vergleichbare Funktion bei einer internationalen Organisation sowie deren unmittelbare Familienmitglieder und ihnen bekanntermaßen nahe stehende Personen. Eine Person ist keine politisch exponierte Person mehr, wenn sie seit mindestens einem Jahr das wichtige öffentliche Amt nicht mehr ausübt. Im Laufe der Geschäftsbeziehung sich ergebende Änderungen sind unverzüglich mitzuteilen.

## Hinweise zum internationalen automatisierten Informationsaustausch in Steuersachen (AIA und FATCA)

Als liechtensteinisches Versicherungsunternehmen unterliegt die Advigon Versicherung AG der liechtensteinischen Gesetzgebung zum internationalen automatisierten Informationsaustausch in Steuersachen (AIA) sowie zur Umsetzung des FATCA-Abkommens (Foreign Account Tax Compliance Act). Diese Gesetzgebung verpflichtet uns als Versicherungsunternehmen die steuerlichen Ansässigkeiten unserer Kunden zu erheben. Zudem sind wir verpflichtet, Kunden, die nicht ausschließlich in Liechtenstein steuerlich ansässig sind, an die Steuerverwaltung des Fürstentums Liechtenstein zu melden. Diese übermittelt die Daten dann an die Partnerstaaten, in denen eine Steueransässigkeit besteht.

Sofern der Kunde in Deutschland steuerlich ansässig ist, erfolgt die Meldung auf Grundlage des AIA-Abkommens zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Europäischen Union (Abkommen zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Europäischen Union über den automatisierten Austausch von Informationen über Finanzkonten zur Förderung der Steuererlichkeit bei internationalen Sachverhalten). Eine Liste der Partnerstaaten von Liechtenstein im Rahmen des automatisierten Informationsaustauschs finden Sie auf unserer Homepage ([www.advigon.com/liste-partnerstaaten](http://www.advigon.com/liste-partnerstaaten)) sowie in Anhang 1 der AIA-Verordnung unter [www.gesetze.li](http://www.gesetze.li). Besteht eine steuerliche Ansässigkeit in den USA, so erfolgt die Meldung auf Grundlage des Abkommens zwischen der Regierung des Fürstentums Liechtenstein und der Regierung der Vereinigten Staaten von Amerika zur Förderung der Steuererlichkeit bei internationalen Sachverhalten und hinsichtlich der als Gesetz über die Steuererlichkeit bezüglich Auslandskonten bekannten US-amerikanischen Informations- und Meldebestimmungen (FATCA-Abkommen).

Unsere Meldepflicht umfasst die im Antrag unter „Entbindung vom Versicherungsgheimnis“ genannten Angaben. Diese Informationen werden von den Behörden des Partnerstaats ebenso vertraulich behandelt wie sie nach dem Recht des Partnerstaats selbst zu behandeln sind. Sie dürfen nur den Personen oder Behörden (einschließlich der Gerichte und der Verwaltungsbehörden) zugänglich gemacht werden, die mit der Veranlagung oder Erhebung, der Vollstreckung oder Strafverfolgung, mit der Entscheidung von Rechtsmitteln in Bezug auf Steuern eines Partnerstaats oder mit der Aufsicht über diese Personen oder Behörden befasst sind. Diese Personen oder Behörden dürfen die ausgetauschten Informationen nur für diese Zwecke verwenden. Sie dürfen die ausgetauschten Informationen in einem öffentlichen Gerichtsverfahren oder in einer Gerichtsentscheidung offen legen. Eine Verwendung für andere als die genannten Zwecke ist nur dann zulässig, wenn solche Informationen nach dem Recht des Partnerstaats und dem liechtensteinischen Recht für solche andere Zwecke verwendet werden dürfen und die liechtensteinische Steuerverwaltung dieser anderen Verwendung zustimmt. Die Weiterleitung von ausgetauschten Informationen an Drittstaaten ist unzulässig. Die Steuerverwaltung teilt dies der zuständigen Behörde des Partnerstaats mit.

Ihnen stehen in Bezug auf die oben genannten Informationen gegenüber der Advigon die Rechte nach dem liechtensteinischen Datenschutzgesetz (DSG) zu. Insbesondere stehen Ihnen das Auskunftsrecht nach Art. 11 DSG sowie das Recht auf Berichtigung nach Art. 7 DSG zu. Darüber hinaus können Sie gegenüber der liechtensteinischen Steuerverwaltung

das Auskunftsrecht in Bezug auf die auszutauschenden Informationen geltend machen (Art. 13 AIA-Gesetz sowie Art. 7b FATCA-Gesetz). Außerdem steht Ihnen auch hier das Berichtigungsrecht unter den Voraussetzungen von Art. 13 AIA-Gesetz bzw. Art. 7b FATCA-Gesetz zu.

## Zuständige Aufsichtsbehörde

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein,  
Postfach 279, Landstraße 109, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN

## Einwilligung zur Bonitätsauskunft

**Ich willige jederzeit widerrufbar ein**, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) sowohl innerhalb der HanseMerkur Versicherungsgruppe als auch bei Auskunfteien wie z. B. Schufa, Infoscore oder Creditreform einholt. Dabei kann die Auskunft der Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren, auch unter Einbeziehung von georeferenzierten Daten, mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Name, Anschrift (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag) und Geburtsdatum verwendet. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts vom oder die Anfechtung des Vertrags vor.

## Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von personenbezogenen Daten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Als Personenversicherer benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung um Ihre personenbezogenen Daten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung /Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

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

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

### 1. Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Advigon

**Ich willige ein, dass die Advigon die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten personenbezogenen und sonstigen nach § 203 StGB Daten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.**

### 2. Abfrage von personenbezogenen und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten bei Dritten

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre personenbezogenen Daten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Advigon benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen personenbezogenen Daten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Zur Vereinfachung der Antragsprüfung fragt die Advigon als Mitglied der HanseMerkur-Gruppe innerhalb der Gruppe nach, ob bereits Verträge mit Ihnen bestehen.

**Ich wünsche, dass mich die Advigon in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich**

- **in die Erhebung und Verwendung meiner personenbezogenen und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten durch die Advigon einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner personenbezogenen oder sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten an die Advigon einwillige oder**
- **die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.**

**Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.**

**Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Advigon konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.**

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

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, personenbezogene oder sonstige nach § 203 StGB geschützte Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Advigon 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.

**Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod personenbezogene oder sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.**

### 3. Weitergabe Ihrer personenbezogenen und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Advigon

Die Advigon verpflichtet die jeweiligen Dienstleister vertraglich zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Advigon Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen 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 Advigon 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 Advigon 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 Advigon 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 und nach § 203 StGB geschützte Daten verwendet.
- Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer personenbezogenen oder weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Rückversicherungen werden Sie durch die Advigon unterrichtet.

*Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Advigon tätigen Personen im Hinblick auf die personenbezogenen und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.*

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

Die Advigon führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. 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 Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die Advigon führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene oder sonstigen nach § 203 StGB geschützte Daten für die Advigon erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter [www.advigon.com/files/liste\\_dienstleister.pdf](http://www.advigon.com/files/liste_dienstleister.pdf) eingesehen oder schriftlich angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Advigon Ihre Einwilligung.

*Ich willige ein, dass die Advigon meine personenbezogenen oder sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der erwähnten Liste genannten Stellen*

*übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Advigon dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Advigon und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von personenbezogener und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.*

#### 3.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Advigon gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihren geschützten Daten an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber 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 (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 abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler 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 personenbezogenen oder sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

*Ich willige ein, dass die Advigon meine personenbezogenen und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungs- vermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.*

#### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer personenbezogenen und sonstiger nach § 203 StGB geschützten Daten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Advigon Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Advigon speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Advigon bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

*Ich willige ein, dass die Advigon meine personenbezogenen oder sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten – 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.*

#### SEPA-Mandatserteilung

Kontoinhaber/Zahlungsgläubiger

Advigon Versicherung AG,

Postfach 1130, Drescheweg 1,

9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN

Gläubiger-Identifikationsnummer: LI 70 ZZZ 00000000010

Mandatsreferenz ist die Versicherungsnummer und wird beim Neugeschäft nachträglich bekannt gegeben.

*Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Advigon Versicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.*

*Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von der Advigon Versicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.*

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Zahlungstermin

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Abbuchung des Beitrages frühestens 5 Tage ab Ausstellungsdatum des Versicherungsscheines erfolgen wird.

#### Status:

1. Arbeitnehmer (Angestellter und Arbeiter)
2. Beamter, Beamtenanwärter
3. Selbstständiger und Freiberufler einschl. Subunternehmer
4. Nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen)
5. Rentner und Pensionär
6. Student, Auszubildender
7. Kind oder Schüler