

Weltweiter Unfallschutz – speziell für Mitglieder der Gewerkschaft EVG

Wird von DEVK ausgefüllt

Mitgliedsnr. _____

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-------------------|----|-------------------|----|-----|
| VN: | PNR | PZ | ANR | INR | BZ: | PNR | PZ | ANR | INR | 1. RD-Mitarb.-Nr. | PZ | 2. RD-Mitarb.-Nr. | PZ | PVT |
|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-------------------|----|-------------------|----|-----|

 GRNR **175**
Auf Grundlage des zwischen dem EVG und der DEVK geschlossenen Rahmenvertrags wird folgender Unfallversicherungsantrag gestellt:
Versicherungsschutz besteht frühestens ab 00:00 Uhr am Tag nach Antragsingang (Eingangsstempel) bei der DEVK – nicht rückwirkend.

Die Versicherung wird zunächst bis zum 1. Januar des folgenden Jahres, nachts 00:00 Uhr, und für das nächste Kalenderjahr abgeschlossen. Mit Ablauf der Vertragszeit verlängert sich der Vertrag um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung in Textform zugeht.

Vers.beginn:

| | | |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|-----|-------|------|

| | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|--|--|-----|--|-------------------|--|-----------------------|-------|------------------|
| Antragsteller (Versicherungsnehmer) | Zuname/Vorname, Titel* | | | | | Geburtsdatum | | G | Nat.* | Stand* |
| | Straße, Hausnummer | | | | | Telefon (privat)* | | Telefon (dienstlich)* | | Telefon (mobil)* |
| * freiwillige Angaben | Länderkennz., PLZ | | | Ort | | E-Mail* | | | Fax* | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|---|----------------------------------|--|
| Zu versichernde Personen | zu vers. Person | Zuname, Vorname | Geburtsdatum | Geschlecht | Arbeitgeber/berufliche Tätigkeit | |
| | 1 | | | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m | | |
| | 2* | | | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m | | |

* nur Ehegatte oder Lebensgefährte in häuslicher Gemeinschaft

| Vor-/Nebenversicherungen | VP | Vorvertrag | Versicherer | Vertragsnummer | Gekündigt? | von | zum | Vorschäden | Schadenzahl | |
|--------------------------|---|------------|-------------|----------------|---|---|-----|---|-----------------|---------------------|
| | | | | | | | | | im letzten Jahr | der letzten 3 Jahre |
| 1 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |

Die beantragte Versicherung soll bestehende DEVK-Verträge ändern:

 Die gewünschten Summen für die jeweilige Person sollen zusätzlich statt der bisherigen Summen gelten.

Bitte beachten Sie: Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet jedem anderen Versicherer unverzüglich mitzuteilen, wenn er ein Interesse gegen dieselbe Gefahr auch noch bei anderen Versicherern versichert. In der Mitteilung an den oder die anderen Versicherer hat er den oder die anderen Versicherer und die Versicherungssumme anzugeben. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsnehmer bei einem Versicherer den entgehenden Gewinn und bei einem anderen Versicherer den sonstigen Schaden versichert. Als Antragsteller sind Sie verpflichtet, vollständige und wahrheitsgemäße Angaben über Vorversicherungen zu machen. Diese Angaben benötigen wir im Rahmen der Risikoprüfung. Hierzu kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherungen erforderlich werden.

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|-----------------------------|---|---|
| Leistungspaket | Versicherungssummen: | Vollinvalidität mit Progression 500 % Invalidität – Grundsomme | 250.000 Euro 50.000 Euro | Todesfallsumme Unfallkrankenhaustagegeld mit Genesungsgeld | 5.000 Euro 10 Euro |
| | Angebot Aktiv-Schutz <input type="checkbox"/> 6,60 Euro (Monatsbeitrag je versicherte Person) | – Eine Invaliditätsleistung erfolgt ab einem Invaliditätsgrad von 20 Prozent – bis 5.000 Euro Such-, Bergungs-, Rettungs-, Transport- und Rückreisekosten – bis 1.000 Euro Kurkostenbeihilfe – bis 5.000 Euro kosmetische Operationen – bis 2.500 Euro Zahnersatz- und Zahnbehandlungskosten – bis 2.000 Euro Schmerzensgeld – Familienvorsorge Unfallversicherung | | Angebot Premium-Schutz <input type="checkbox"/> 9,90 Euro (Monatsbeitrag je versicherte Person) | – Eine Invaliditätsleistung erfolgt ab einem Invaliditätsgrad von 1 Prozent – bis 50.000 Euro Such-, Bergungs-, Rettungs-, Transport- und Rückreisekosten – bis 10.000 Euro Kurkostenbeihilfe – bis 20.000 Euro kosmetische Operationen – bis 10.000 Euro Zahnersatz- und Zahnbehandlungskosten – bis 3.000 Euro Schmerzensgeld – Familienvorsorge Unfallversicherung |
| | mitversichert (Auszugsweise) | – Verdoppelung der Versicherungssummen bei Unfällen im Zusammenhang mit der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel – 10.000 Euro Sofortleistung bei Schwerverletzungen – bis 20.000 Euro Druckkammerbehandlung – bis 2.000 Euro Psychologische Betreuung – Wird infolge eines „Schienensuizid“ das EVG-Mitglied aufgrund psychischer Störung mindestens eine Woche arbeitsunfähig krankgeschrieben, erbringt die DEVK eine einmalige Entschädigung in Höhe von 500 Euro. | | | |

| | |
|---|---|
| Bestehen Krankheiten/Behinderungen/Anomalien/Fehlbildungen/Unfallfolgen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht oder wurde eine Schwerbehinderung/Betreuung/Pflegegeldzahlung beantragt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Üben Sie eine Sportart aus, mit der Sie Ihren Lebensunterhalt verdienen (Profisport)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|---|---|
| Üben Sie andere Sportarten aus, wie z. B. Luft- oder Rennsport? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie in einer Spezialeinheit bei Polizei, Bundespolizei, Bundeswehr, Feuerwehr o. a.? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

(Wird eine Frage mit ja beantwortet, bitte Vordruck 41063 aufnehmen/ausfüllen)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Zahlungsweise/ Zahlungsart | Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> monatlich (nur im LSV möglich) |
| | Zahlungsart: Die Beitragszahlung erfolgt im Lastschriftverfahren gemäß beigefügtem Lastschriftmandat. |

| | |
|--|-------------------------------------|
| Beitragszahler falls abweichend vom Antragsteller | siehe SEPA-Lastschrift-Rahmenmandat |
|--|-------------------------------------|

| | | |
|--------------------|--|---|
| Bezugsrecht | <input type="checkbox"/> gemäß Kundeninformation <input type="checkbox"/> lt. Anlage | Das Bezugsrecht ist in der Verbraucherinformation (AUB 2013 Fassung DEVK Stand 2013-06-01) erläutert. |
|--------------------|--|---|

Bitte beachten Sie, dass Sie zur vollständigen und wahrheitsgemäßen Beantwortung der Antragsfragen verpflichtet sind. Bei Verletzung Ihrer Anzeigepflicht müssen Sie mit Nachteilen rechnen. Je nach Schwere Ihres Verschuldens kann die Anzeigepflichtverletzung unsere Leistungsfreiheit im Schadenfall, unseren Rücktritt vom Vertrag, die Vertragskündigung, eine Vertragsanpassung – und bei arglistiger Täuschung sogar die Vertragsanfechtung – zur Folge haben.

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen erhalte ich auf eigenen Wunsch

- in Papierform
- per E-Mail an die im Antrag angegebene E-Mail-Adresse

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, dem Tarif, dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2013 Fassung DEVK, Stand 01.06.2013), sowie je nach Versicherungsumfang nach den Besonderen Bedingungen, der Satzung und den übrigen Verbraucherinformationen. Dem Vertrag liegt deutsches Recht zugrunde.

Ich bestätige hiermit, dass ich den Antrag, das Produktinformationsblatt und die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung bei Antragstellung durch die DEVK erhalten habe. Ich verzichte auf die rechtzeitige Mitteilung der für mich als Versicherungsnehmer vor Abgabe meiner Vertragserklärung bestimmten Informationen, Vertragsbestimmungen sowie Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen in Textform. Ich bin damit einverstanden, wenn mir die genannten Informationen, Vertragsbestimmungen und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unverzüglich nach Vertragsschluss ggf. auch zusammen mit dem Versicherungsschein zugesandt werden.

Unterschrift des Antragstellers für den Erhalt der Unterlagen

 Ich bin damit einverstanden, dass der beantragte Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Die als Antragsbestandteil geltenden Hinweise und Erläuterungen auf den Folgeseiten und mein dort erläutertes Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen. Weiterhin willige ich in die ebenfalls dort abgedruckte Erklärung zur Bonitätsprüfung und zur Gewerkschaftsangehörigkeit ein. Bestandteil des Antrages ist auch meine gesonderte Erklärung zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und zur Schweigepflichtentbindung.

 Ja, ich will immer aktuell informiert sein. Deshalb willige ich ein, zu Zwecken der Information über Produkte der DEVK Versicherungen* (siehe Rückseite) telefonisch bzw. per E-Mail kontaktiert zu werden.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit formfrei widerrufen – z. B. per E-Mail an info@devk.de oder telefonisch unter 0800 4-757-757 (gebührenfrei aus dem deutschen Telefonnetz).

| | | |
|-------|---|-------------------------------|
| Datum | Unterschrift des Antragstellers/der zu versichernden Person | Unterschrift Vertriebspartner |
|-------|---|-------------------------------|

DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein e.G. Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn
 Vorsitzender des Aufsichtsrates: Alexander Kirchner
 Vorstand: Gottfried Rüdmann (V), Rüdiger Burg,
 Michael Knaup, Dietmar Scheel, Bernd Zens
 Sitz des Vereins: Köln • Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 8234
 USt-IdNr. DE 122 808 997

DEVK Allgemeine Versicherungs-AG
 Vorsitzender des Aufsichtsrates: Wolfgang Zell
 Vorstand: Gottfried Rüdmann (V), Rüdiger Burg,
 Michael Knaup, Dietmar Scheel, Bernd Zens
 Sitz der Gesellschaft: Köln • Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 7935
 USt-IdNr. DE 811 201 404

Zentrale, Riehler Straße 190, 50735 Köln
 Postanschrift: DEVK Versicherungen, 50729 Köln
 Service Telefon 0800 4-757-757*
 Fax: Allgemein 0221 757-2200
 E-Mail: info@devk.de
 www.devk.de
 www.facebook.com/devk
 * gebührenfrei aus dem deutschen Telefonnetz

Hinweise und Erläuterungen zur Unfallversicherung speziell für Mitglieder der Gewerkschaft EVG

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 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 § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: DEVK Versicherungen, Riehler Straße 190, 50735 Köln.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit **nach** Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Beitrag in Höhe von 1/360 des für ein Jahr zu zahlenden Beitrags, der sich aus dem Versicherungsschein ergibt.

Die Erstattung zurückzahlender 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.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Besonderer Hinweis für Mitglieder und Nichtmitglieder des DEVK Deutsche Eisenbahnversicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a.G., Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn und für Kunden der DEVK Allgemeine Versicherungs-AG als Angehörige des öffentlichen Dienstes und ihnen gleichgestellte Personen bei bestimmten Mitgliedschaften:

Vereinbart wird ein Tarif, der nur für die Dauer des derzeitigen Beschäftigungsverhältnisses und den anschließenden Ruhestand bzw. bei bestimmten Mitgliedschaften nur für die Dauer der jeweiligen Mitgliedschaft Gültigkeit hat. Bei sonstigem Ausscheiden bzw. bei Beendigung der Mitgliedschaft entfällt die Einräumung dieses Tarifs, und es ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem dann gültigen allgemeinen Tarif ergibt. Änderungen des Beschäftigungsverhältnisses bzw. die Beendigung einer bestimmten Mitgliedschaft sind der DEVK unverzüglich anzuzeigen.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie als Versicherungsnehmer den ersten Beitrag rechtzeitig zahlen. Der erste oder einmalige Beitrag wird sofort nach Abschluss des Vertrags fällig. Ihre Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung oder nach Ablauf der im Versicherungsantrag genannten Widerrufsfrist unverzüglich erfolgt.

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten, d. h. verschuldet haben.

Erfolgt Ihre Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können vom Vertrag nicht zurücktreten, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten, d. h. verschuldet haben.

Ist der Beitrag zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie die Nichtzahlung zu vertreten, d. h. verschuldet haben.

Weitere zum Versicherungsvertrag wichtige Verbraucherinformationen können Sie dem Bedingungsheft entnehmen.

Schlussfolgerungen

Die selbstständige Abgabe von Deckungszusagen ist den Vermittlern verboten und ohne rechtliche Wirkung für die Gesellschaft. Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn der Versicherer sie durch Aufnahme im Versicherungsschein/Nachtrag genehmigt.

Ausfertigungsgebühren, sonstige Gebühren und Kosten können gemäß § 3 VVG erhoben werden. Die Versicherungsvermittler sind nicht berechtigt, ihrerseits von mir irgendwelche Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen zu erheben.

Information zur Verwendung Ihrer Daten gemäß dem Code of Conduct (CoC)

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft (CoC) verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.devk.de/datenschutz abrufen können.

Ebenfalls im Internet abrufen können Sie unter www.devk.de/datenschutz Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an die DEVK Versicherungen, Zentrale Kundenbetreuung, Riehler Straße 190, 50735 Köln, E-Mail: info@devk.de

Bei gleicher Stelle können Sie Auskunft über die die Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur brieflichen Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der DEVK Versicherungsgruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Zusätzliche Einwilligung

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrags, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie, erforderlich ist.

Zuständige Aufsichtsbehörde: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Bereich Versicherungen - Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Produktinformationsblatt Unfallversicherung

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an einer DEVK-Unfallversicherung und Ihr Vertrauen.

Damit Sie sich einen ersten Überblick über den von Ihnen in Aussicht genommenen Versicherungsvertrag verschaffen können, haben wir hierzu wichtige Informationen für Sie zusammengestellt. Diese sind jedoch nicht abschließend und dienen Ihnen als eine erste Orientierungshilfe. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen.

1. Welchen Versicherungsvertrag bieten wir Ihnen an?

Wir bieten Ihnen eine Unfallversicherung an.

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem von Ihnen gestellten Antrag, den zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen Tarifen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB), sowie den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung, die im Versicherungsantrag angegeben sind bzw. auf die im Versicherungsantrag verwiesen wird.

2. Was ist versichert?

Versichert sind Unfälle, die Ihnen und/oder einer anderen im Antrag genannten versicherten Person zustoßen. Soweit Sie nichts anderes mit uns vereinbaren, gilt das grundsätzlich für den gesamten privaten und beruflichen Bereich (auch Sport- und Verkehrsunfälle), weltweit und rund um die Uhr, auch wenn Sie den Unfall selbst verschuldet haben. Ein Unfall liegt etwa vor, wenn Sie und/oder eine andere im Antrag genannte versicherte Person sich verletzen, weil Sie stolpern, ausrutschen, stürzen oder Ähnliches, oder von anderen verletzt werden.

Die Unfallversicherung ist eine Summenversicherung, d. h. wir zahlen nur Geldleistungen. Heilbehandlungskosten übernehmen wir in aller Regel nicht. Sie sind Gegenstand der Krankenversicherung.

Wenn Sie durch einen Unfall dauerhafte Beeinträchtigungen erleiden (z. B. durch Bewegungseinschränkungen, Lähmungen oder Amputationen), zahlen wir einen einmaligen Betrag (Invaliditätsleistung). Die Höhe der Invaliditätsleistung richtet sich nach der vereinbarten (Grund-)Versicherungssumme und dem Grad der Beeinträchtigung.

Weitere Leistungserweiterungen sind die Mitversicherung einer Todesfallleistung und die Vereinbarung von Unfallkrankenhaustage- mit oder ohne Genesungsgeld. Einen detaillierten Überblick bietet die Übersicht „Versicherungsumfang Unfallversicherung“, die in der „Kundeninformation zur Unfallversicherung“ enthalten ist.

3. Wie hoch ist der Versicherungsbeitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen?

Die von Ihnen zu entrichtenden Beiträge ergeben sich aus den zum Vertragsschluss gültigen Unternehmenstarifen, die für Sie maßgeblich sind.

| Versicherungsumfang | Monatsbeitrag einschl. Versicherungsteuer |
|----------------------|---|
| Unfallversicherung | je versicherte Person |
| Aktiv Premium | 6,60 Euro 9,90 Euro |

Der erste oder einmalige Beitrag wird sofort nach Abschluss des Vertrags fällig. Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag schuldhaft nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Außerdem können wir bis zum Eingang der verspäteten Zahlung vom Vertrag zurücktreten.

Wenn Sie die monatliche Zahlung des Beitrags mit uns vereinbart haben, sind die Folgebeiträge jeweils zum Ersten des jeweiligen Monats fällig. Zahlen Sie den Versicherungsbeitrag als Jahreszahler, ist der Folgebeitrag zu Beginn des jeweiligen Jahres fällig. Zahlen Sie einen Folgebeitrag verschuldet nicht termingerecht, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Unter Umständen können wir den Vertrag auch kündigen.

Weitere Hinweise und Erläuterungen zur Zahlung des Beitrags können Sie den Versicherungsbedingungen entnehmen (§ 5 AUB). Die mit Ihnen vereinbarte Zahlungsweise des Beitrags wird von uns zum Fälligkeitszeitpunkt beachtet. Um Ihnen die Beitragszahlung zu erleichtern, empfehlen wir das Lastschriftverfahren.

Die Vertragslaufzeit können Sie Ziffer 8 dieses Produktinformationsblatts entnehmen.

4. Was ist nicht versichert?

Wir wollen Ihnen einen optimalen und preiswerten Versicherungsschutz anbieten.

Nach § 3 AUB sind Geisteskranke und dauernd pflegebedürftige Personen nicht versicherbar. Geisteskrank im versicherungsrechtlichen Sinne sind solche Personen, die aufgrund ihrer Erkrankung weitgehend vom öffentlichen Leben ausgeschlossen sind, die Verantwortung für sich selbst nicht mehr übernehmen können, so dass ein Betreuer bestellt ist und einer ständigen Beaufsichtigung bedürfen. Als pflegebedürftig gelten die Personen, die für die üblichen Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen.

Nicht versichert sind insbesondere Unfälle durch Trunkenheit oder Drogenkonsum, mit wenigen Ausnahmen Infektionskrankheiten, Lebensmittel- und andere Vergiftungen, Bandscheibenschäden und die aktive Teilnahme an Motorrennen. Darüber hinaus müssen Sie mit Leistungskürzungen rechnen, soweit die Unfallfolgen durch Krankheiten verstärkt worden sind.

Die Aufzählung ist nur beispielhaft; in § 2 AUB sowie in den Besonderen Bedingungen (Aktiv- bzw. Premium-Schutz) finden sich weitere Ausschlüsse.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss?

Aus einem Versicherungsvertrag haben beide Vertragsparteien Pflichten zu erfüllen. Das gilt auch für Sie als unseren Versicherungsnehmer. Die von uns im Antrag gestellten Fragen müssen von Ihnen beim Ausfüllen des Antrags wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Insofern bitten wir Sie, vor Unterzeichnung des Antrags diesen sorgfältig zu lesen und die dort gemachten Angaben zu prüfen.

Welche Folgen hat eine Verletzung dieser Pflichten?

Unrichtige und unvollständige Angaben im Antrag können unsere Leistungsfreiheit im Versicherungsfall, unseren Rücktritt vom Vertrag, die Vertragskündigung, eine Vertragsanpassung – und bei arglistiger Täuschung sogar die Vertragsanfechtung – zur Folge haben. Einzelheiten ergeben sich aus § 3a AUB.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Laufzeit des Vertrags?

Wenn eine Veränderung der Umstände eintritt, nach denen wir im Antrag oder weiteren Schriftstücken gefragt haben, muss der Versicherungsvertrag möglicherweise angepasst werden. Sie müssen uns diese Änderungen mitteilen. In der Unfallversicherung hat Ihre Berufstätigkeit unmittelbaren Einfluss auf das Unfallrisiko, dem Sie ausgesetzt sind. Wir berücksichtigen sie daher auch bei der Bemessung

sung des Versicherungsbeitrags und der Versicherungssummen. Einen Berufswechsel müssen Sie uns deshalb so bald wie möglich anzeigen, um uns eine Anpassung des Vertrags zu ermöglichen.

Welche Folgen hat eine Verletzung dieser Pflichten?

Je nach Schwere Ihres Verschuldens können Sie bei einer Obliegenheitsverletzung ganz oder teilweise Ihren Versicherungsschutz verlieren oder wir können den Versicherungsvertrag mit Ihnen kündigen. Näheres entnehmen Sie bitte den § 6 AUB.

7. Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall?

Bei Eintritt eines Versicherungsfalls haben Sie u. a. nachfolgende Obliegenheiten einzuhalten:

- Nach einem Unfall muss so schnell wie möglich ein Arzt aufgesucht und seinen Anordnungen gefolgt werden. Außerdem sind wir sofort zu informieren.
- Ihre Schadenmeldung muss ausführlich und wahrheitsgemäß sein; nur so können Sie uns bei der Schadenermittlung und -regulierung helfen. Schnelle Übersendung von Schriftstücken, die wir bei Ihnen angefordert haben, erleichtern uns die Arbeit.
- Todesfälle sind uns innerhalb von 48 Stunden zu melden.

Welche Folgen hat eine Verletzung dieser Pflichten?

Je nach Schwere Ihres Verschuldens können Sie bei einer Obliegenheitsverletzung ganz oder teilweise Ihren Versicherungsschutz verlieren oder wir können den Versicherungsvertrag mit Ihnen kündigen. Näheres entnehmen Sie bitte den §§ 9,10 AUB.

8. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsvertrag wird zunächst vom vereinbarten Beginndatum, das Sie dem Antrag entnehmen können, bis zum 1. Januar des folgenden Jahres, nachts 00:00 Uhr, und für das nächste Kalenderjahr abgeschlossen. Mit Ablauf der Vertragszeit verlängert sich der Vertrag um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Vertragspartei eine Kündigung in Textform zugeht.

9. Wann und wie kann der Versicherungsvertrag beendet werden?

Den Versicherungsvertrag können Sie und die DEVK durch eine Kündigung beenden. Die ordentliche Kündigung ist zum Ende des Kalenderjahres möglich. Es ist eine Kündigungsfrist von drei Monaten einzuhalten, d. h. die Kündigung muss dem anderen Vertragspartner bis zum 30. September eines Jahres zugehen, damit der Vertrag wirksam zum Ablauf des Jahres beendet wird. Besondere Kündigungsmöglichkeiten z. B. nach einem Versicherungsfall oder im Fall einer Beitragsanpassung können Sie in den §§ 4, 15 AUB nachlesen. Weitere Beendigungsgründe können die Anfechtung, der Widerruf oder der Rücktritt sein.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Antragstellung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a.G., Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn und die DEVK Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft (nachfolgend „DEVK Versicherungen“), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. an Assistance-Gesellschaften weiterleiten zu dürfen.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags bei uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- » durch unsere Versicherungen selbst (unter 1.),
- » bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unserer Versicherungen (unter 2.) und
- » wenn der Vertrag mit Ihnen nicht zustande kommt (unter 3.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DEVK Versicherungen

Ich willige ein, dass die o. g. DEVK Versicherungen die von mir in diesem Antrag mitgeteilten und künftig mitzuteilenden Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der o. g. DEVK Versicherungen

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

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

Wir führen in manchen Fällen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht immer selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der DEVK-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 Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist dieser Einwilligung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.euse.devk.info eingesehen oder bei den DEVK Versicherungen, Riehler Straße 190, 50735 Köln oder unter 0800 4-757-757 (gebührenfrei aus dem deutschen Telefonnetz) oder info@devk.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die o. g. DEVK Versicherungen meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die DEVK Versicherungen dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der DEVK-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

| Firmenname | Übertragene Aufgaben |
|--|---|
| DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a.G. Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn | In-/Exkasso/Kundenservice |
| DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG | Kundenservice |
| DEVK Krankenversicherungs-AG | Kundenservice |
| DEVK Rückversicherung und Beteiligungs-AG | Bewertung und Entscheidung zu Rückversicherungsverträgen |
| DEVK Pensionsfonds-AG | Kundenservice |
| Sparda Telefon-Service GmbH und Co KG | Telefonischer Kundenservice |
| Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) | Kundenservice für Mitglieder der Gewerkschaft |
| ROLAND Assistance GmbH | Unterstützung bei der Leistungsfallabwicklung/ Kundenservice |
| ROLAND AssistancePartner GmbH | Unterstützung bei der Leistungsfallabwicklung |
| IHR Rehabilitations-Dienst | Unterstützung bei Rehabilitationsmaßnahmen |
| rehacare GmbH | Unterstützung bei Rehabilitationsmaßnahmen |
| Reha Assist Deutschland GmbH | Unterstützung bei Rehabilitationsmaßnahmen |
| REISSWOLF Deutschland GmbH | Akten- und Datenträgervernichtung |

Darüber hinaus arbeiten die DEVK Versicherungen mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten und nutzen:

| Kategorien | Übertragene Aufgaben |
|-------------------|---|
| Übersetzungsbüros | Übersetzungsdienstleistungen |
| Regulierungsbüros | Unterstützung im Rahmen der Leistungsfallabwicklung |

2.2 Erklärung für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen und Gesundheitsdaten bei Dritten zu erheben. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die o. g. DEVK Versicherungen – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erheben und für diese Zwecke verwenden.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsverträgen aus einem Zeitraum von bis zu einem Jahr vor Antragstellung an die o. g. DEVK Versicherungen übermittelt werden.

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

2.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 Gesundheitsangaben verwendet.

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

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

2.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag 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 Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die o. g. DEVK Versicherungen meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermitteln und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die o. g. DEVK Versicherungen 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 speichern/nutzen.

4. Speicherung und Verwendung der Mitgliedschaft in einer Eisenbahnergewerkschaft

Als Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn bieten wir für Mitglieder von Eisenbahnergewerkschaften besondere Tarife an. Außerdem bestimmt die Gewerkschaftszugehörigkeit, bei welchen der beiden in der Einleitung genannten DEVK-Versicherungsgesellschaften Sie versichert sind. Um diese besonderen Arten der personenbezogenen Daten erheben, verarbeiten oder nutzen zu dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung:

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrags, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie, erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in und/oder mitzuversichernde Person

Anlage zum Antrag auf Unfallversicherung vom: _____

Name des Versicherungsnehmers: _____ Geb.datum _____

SEPA-Lastschrift-Rahmenmandat für wiederkehrende Lastschriften

– gilt für alle Versicherungen bei der DEVK, **außer Kfz-Versicherungen** –

Die DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung
Lebensversicherungsverein a.G.
Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn
Riehler Straße 190
50735 Köln

– als Zahlungsempfänger der DEVK Versicherungen –
(Gläubiger-Identifikationsnummer: DE30ZZZ00000000884)

wird ermächtigt, Zahlungen von dem unten genannten Konto per Lastschrift einzuziehen.

Zugleich wird das nachfolgend genannte Kreditinstitut angewiesen, die von dem Zahlungsempfänger auf das genannte Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des belasteten Betrags verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem eigenen Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname _____ Geb.datum _____

Nachname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

Konto:

DE

IBAN

BIC

Name Kreditinstitut

Bei abweichendem Beitragszahler bitte ändern.

Die Mandatsreferenznummer wird separat, spätestens mit der Vorankündigung der ersten Lastschrift, mitgeteilt. Es besteht Einverständnis, dass die DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a.G. den Abbuchungstermin spätestens fünf Tage vor der Abbuchung ankündigt.

Das Mandat ist gegenstandslos, wenn bereits ein inhaltsgleiches Mandat vorliegt. Das Lastschriftverfahren wird dann auf der Basis des vorliegenden Mandats durchgeführt.

Ort/Datum

Unterschrift des Beitragszahlers