



Bildungs- und Förderungswerk  
der Gewerkschaft  
Erziehung und Wissenschaft  
im DGB e.V.

# Beitrittserklärung zur Gruppen-Sterbegeldversicherung (bis Alter 80) - Tarif VG9/2017



Beitrittserklärung bitte zurücksenden an:  
Bildungs- und Förderungswerk der GEW e.V., Postfach 90 04 09, 60444 Frankfurt

## Zu versichernde Person

Name / Vorname		PLZ / Wohnort	
Straße / Hausnummer		Geburtsdatum	
Versicherungsbeginn		E-Mail Adresse	
Telefonnummer für Rückfragen		Bitte kreuzen <input checked="" type="checkbox"/> Sie an: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	

Bitte ankreuzen:

Mitglied  
Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Familienangehörige/r  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

## Versicherungsumfang

Ich beantrage eine Versicherungssumme von: (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> 3.000	Versicherungssumme in €	<input type="checkbox"/> 3.000	Monatlicher Beitrag in €	<input type="checkbox"/> 0,05
	<input type="checkbox"/> 5.000		<input type="checkbox"/> 5.000		
	<input type="checkbox"/> 7.000		<input type="checkbox"/> 7.000		
	<input type="checkbox"/> 10.000		<input type="checkbox"/> 10.000		
	<input type="checkbox"/> 12.500		<input type="checkbox"/> 12.500		
<input type="checkbox"/> Ich wähle folgende Summe unter 12.500 Euro: Euro .....	zzgl. BFW-Mitgliedsbeitrag		0,05		
Mindestsumme 500,- Euro	Lastschriftbetrag		.....		

Bei Erhöhung eines bereits bestehenden Versicherungsschutzes wird ein gesonderter Versicherungsschein erstellt.

## SEPA-Lastschrift (bitte in jedem Fall ausfüllen)

### Bitte anhängendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen und unterschrieben mit der Beitrittserklärung zurücksenden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Beiträge für diese Gruppen-Sterbegeld-Versicherung bis auf schriftlichen Widerruf und der monatliche BFW-Mitgliedsbeitrag von € 0,05 im Lastschriftverfahren monatlich eingezogen werden.

## Produktbeschreibung

Die Versicherungsleistung wird beim Tod der versicherten Person fällig. Das Höchst Eintrittsalter beträgt 80 Jahre. Der Versicherer verzichtet auf eine Gesundheitsprüfung; stattdessen gilt beim Tod der versicherten Person im 1. Versicherungsjahr folgende Staffelung der Versicherungssumme: Bei Tod im 1. Monat: Rückzahlung des eingezahlten Beitrages; bei Tod im 2. Monat: Zahlung von 1/12 der Versicherungssumme; bei Tod im 3. Monat Zahlung von 2/12 der Versicherungssumme usw.; allmonatlich um 1/12 der Versicherungssumme steigend bis zur vollen Versicherungssumme ab Beginn des 2. Versicherungsjahres. Stirbt die versicherte Person vor Ablauf des ersten Versicherungsjahres infolge eines im ersten Versicherungsjahr eingetretenen Unfalls, wird stets die volle Versicherungsleistung erbracht.

## Unfalltod-Zusatzversicherung

Eine Unfalltod-Zusatzversicherung ist stets eingeschlossen, außer bei den Eintrittsaltern ab 75 Jahren. Bei Tod infolge eines Unfalls vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 75. Lebensjahr vollendet hat, wird die volle Versicherungssumme zusätzlich zur Sterbegeldleistung gezahlt.

## Beitragszahlung

Die Beiträge sind bis zum Ende des Monats zu entrichten, in dem die versicherte Person stirbt; längstens jedoch bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das rechnungsmäßige 85. Lebensjahr vollendet.

## Überschussbeteiligung

Die vom Versicherer laufend erwirtschafteten Überschüsse werden in Form von Zins- und Grundüberschussanteilen weitergegeben. Die Zinsüberschussanteile werden verzinslich angesammelt und zusammen mit der Versicherungsleistung ausgezahlt. Die Grundüberschussanteile werden – je nach Vertragsgestaltung – entweder ebenfalls verzinslich angesammelt und zusammen mit der Versicherungsleistung ausgezahlt oder mit den zu zahlenden Versicherungsbeiträgen verrechnet.

## Zuwendungserklärung

Hiermit erkläre ich, dass die während meiner Mitgliedschaft auf die Sterbegeldversicherung anfallenden Grundüberschussanteile – entgegen dem Vorstehenden – dem BFW der GEW laufend zugewendet werden. Dadurch kommen diese Beträge wirtschaftlich nicht mir, sondern dem BFW der GEW zugute. Der BFW der GEW verwendet die Beträge zu 64 % für satzungsgemäße Aufgaben und zu 36 % zur Förderung der Sterbegeldeinrichtung (Kostendeckungsmittel). Über die Höhe der Zuwendungen gibt das BFW der GEW auf Anfrage jederzeit Auskunft. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden. Bei Widerruf der Zuwendungserklärung beträgt der monatliche BFW-Mitgliedsbeitrag 2,50 €.

## Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Sie geben mit Unterzeichnung dieser Beitrittserklärung die auf der Rückseite abgedruckte "Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung" ab. Nehmen Sie diese bitte zur Kenntnis. Sie umfasst:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DBV-ZN
- 1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Angaben zur Zugehörigkeit zu Gewerkschaften, Verbänden und anderen Kooperationspartnern
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
- 2.1. Erklärungen für den Fall Ihres Todes
3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DBV-ZN
- 3.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) bzw. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

## Unterschriften

Bevor Sie diese Beitrittserklärung unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung sowie Hinweise zum Widerspruchsrecht; sie ist wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Einwilligungserklärung zum Inhalt dieser Beitrittserklärung.

Ort / Datum	Unterschrift der zu versichernden Person	Unterschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers
X	X	X

## Interne Angaben

Gruppenvertragsnummer	Personenkreis	Versicherungsscheinnummer	Versicherungssumme	Versicherungsbeginn
4 7 9 0 0 5 8 6 6 1		4 7		0 1 2 0 1 7

## Widerrufsrecht

## Widerrufsbelehrung auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Sie können Ihre Erklärung bis zum Ablauf von 30 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV) ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Eine Erklärung in Textform (z.B. per Brief, Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Zur Wahrung der

Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung, Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG, Frankfurter Str. 50, 65189 Wiesbaden. Sofern der vorseitig genannte Ver-

sicherungsbeginn vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, bin ich damit einverstanden, dass der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) - abweichend von der gesetzlichen Regelung - vor Ablauf der Frist fällig d.h. unverzüglich zu zahlen ist.

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 diese Beitrittserklärung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung, Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG (im Weiteren DBV-ZN genannt) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die DBV-ZN Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die DBV-ZN Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der DBV-ZN unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die DBV-ZN selbst (unter 1.),
- Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der DBV-ZN (unter 3.).

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

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die DBV-ZN

**Ich willige ein**, dass die DBV-ZN die von mir in dieser Beitrittserklärung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

**Ich willige ein**, dass die DBV-ZN, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilsbedingungen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilsbedingungen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit den Versicherer von der Schweigepflicht.

#### 1.1 Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Angaben zur Zugehörigkeit zu Gewerkschaften, Verbänden und anderen Kooperationspartnern

**Ich willige in** die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Zugehörigkeit zu Gewerkschaften, gesetzliche Krankenkassen, Vereinen, Unternehmen oder Verbänden (Kooperationspartner) ein, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

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

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

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

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der DBV-ZN

Die DBV-ZN verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) bzw. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die DBV-ZN führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DBV-ZN Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die DBV-ZN führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DBV-ZN erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.dbv.de/Datenschutz](http://www.dbv.de/Datenschutz) eingesehen oder bei den in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DBV-ZN Ihre Einwilligung.

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

### Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die gesetzlichen Vorgaben 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.dbv.de](http://www.dbv.de) abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister. Soweit die Verarbeitung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligungs- oder Schweigepflichtentbindungserklärung erfolgt, können Sie diese jederzeit widerrufen. Des Weiteren können Sie Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen sowie 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. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Informationen der versicherten Person weiter geben. In allen diesen Fällen können Sie sich jederzeit an den Kunden- und Partnerservice der DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG, Frankfurter Str. 50, 65189 Wiesbaden, telefonisch an 0221/148-41013, oder per Email an [service@dbv.de](mailto:service@dbv.de) wenden.

### Allgemeine Hinweise

Mir ist bekannt, dass die Vereinigung Versicherungsnehmerin ist. Sie handelt in meinem Auftrag. Ich bevollmächtige die Vereinigung zur Vertretung bei der Abgabe und Entgegennahme aller das Versicherungsverhältnis betreffenden Willenserklärungen (einschließlich der Kündigung der Sterbegeldversicherung beim Ausscheiden des Mitglieds aus der Vereinigung); die Vertretungsbefugnis erstreckt sich jedoch nicht auf die Empfangnahme von Versicherungsleistungen und die Änderung des Bezugsrechts.

### Bei höherem Eintrittsalter können die zu zahlenden Beiträge in ihrem Gesamtbetrag die versicherte Leistung unter Umständen übersteigen.

Eine Durchschrift der Beitrittserklärung wird mir unverzüglich nach Unterzeichnung zugesandt.

Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Soweit Vorteilsbedingungen gewährt werden, die vom Bestehen der Mitgliedschaft zu einer Gewerk-

schaft/Vereinigung abhängig sind, erfolgt ein Datenabgleich mit dieser Organisation ohne Bekanntgabe der Versicherungsinhalte.

Die für Ihre Versicherung zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Postfach 1308, 53003 Bonn, Internet: [www.bafin.de](http://www.bafin.de).

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsman e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin.

### Versicherungsträger

DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung  
Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG  
Sitz der Gesellschaft Köln (HR B Nr. 271)  
USt.-Ident.-Nr.: DE 122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Thomas Buberl  
Vorstand: Dr. Alexander Vollert (Vors.), Dr. Andrea van Aubel,  
Etienne Bouas-Laurent, Dr. Patrick Dahmen, Jens Hasselbacher,  
Jens Warkentin

Anschrift:  
Frankfurter Straße 50  
65189 Wiesbaden