

TEAM[®]

Team Existenz Absicherungs Modell

Antrag auf Invaliditätsleistungen

(von der versicherten Person und dem Arzt auszufüllen)

Ausfüllen des Formulars

Bitte schreiben Sie deutlich in **GROSSBUCHSTABEN**. Alle Fragen müssen wahrheitsgemäß beantwortet werden. Fehlerhafte oder fehlende Informationen führen zu Verzögerungen in der Verarbeitung.

Sollten Sie mit der Art und Weise, wie wir Ihren Leistungsfall behandeln, nicht zufrieden sein, nutzen Sie bitte unser Beschwerdeverfahren.

Einreichen des Dokuments

Bitte lesen Sie die Anweisungen sorgfältig durch.

- 1 Nachdem Sie das Formular vollständig ausgefüllt haben, drucken Sie es bitte aus und datieren und unterzeichnen das Dokument
- 2 Bitte scannen Sie das datierte und unterzeichnete Formular und senden es zusammen mit den notwendigen Unterlagen an **zigrs.zel@zurich.com**.
- 3 Bitte bewahren Sie die Originale der Dokumente auf. Zurich behält sich das Recht vor, Originale innerhalb von 12 Monaten zu verlangen.
- 4 Falls Sie die Originale einsenden möchten, haben Sie die Möglichkeit uns diese per Post an folgende Adresse zuzusenden: Zurich Eurolife S.A., Building Elise, 21 rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, Luxembourg.

Sollte der Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen, reichen Sie diese bitte auf einem Zusatzblatt ein. Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie weitere Erklärungen auf einem Zusatzblatt vorgenommen haben und fügen Sie dies diesem Fragebogen bei.

Angaben zum Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer

Versicherungsnummer

1. Angaben der versicherten Person

Wir halten bei der Kommunikation mit unseren Kunden strenge Vertraulichkeitsregeln ein. Aus Gründen der Sicherheit betrachten wir Ihre Angaben als von Ihnen autorisierte Kontaktinformationen. Es ist daher wichtig, dass sie richtig sind und dass Sie uns über etwaige Veränderungen in Kenntnis setzen.

Anrede/Titel Herr Frau Dr. Anders (bitte angeben)

Vorname(n)

Nachname

Geburtsname (falls anderslautend)

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Berufseintritt beim aktuellen Arbeitgeber

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Kontaktinformationen

Diese Angaben benötigen wir zwingend, um Ihren Antrag bearbeiten zu können.

Anschrift der versicherten Person

Mobiltelefonnummer

Private Telefonnummer

E-Mail-Adresse der versicherten Person

Mit der Bereitstellung dieser Angaben autorisiere ich Zurich Eurolife S.A., mich zu kontaktieren und Informationen und Daten per E-Mail an mich zu senden. Wenn Sie keine vertraulichen medizinischen Daten per E-Mail erhalten möchten, bitte hier ankreuzen.

2. Darstellung der Situation seitens des Antragstellers/der Antragstellerin

1. Welchen Schulabschluss und welche Arbeitserfahrungen haben Sie?

Datum	Erfahrung

2. Welchen Beruf haben Sie unmittelbar vor der gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung ausgeübt?

Datum	Erfahrung

3. Welche Aufgaben hatten Sie bei dieser Tätigkeit? (Bitte geben Sie die aufgewendete Zeit für jede einzelne Aufgabe in % an)

%	Aufgabe

4. Welcher Arzt ist mit Ihrer Krankengeschichte am besten vertraut?

Name des Arztes

Adresse

5. Welcher Art ist Ihre gegenwärtige gesundheitliche Einschränkung? (Falls die Ursache ein Unfall ist, geben Sie bitte auch den genauen Unfallhergang und das Datum des Unfalls an)

Einschränkung	Unfallhergang	Datum des Unfalls

6. Können Sie Ihren Beruf ganz oder teilweise ausüben? Ja Nein

Falls, Ja, geben Sie bitte an, welche Aufgaben Sie ausüben sowie die aufgewendete Zeit für jede einzelne Aufgabe in %.

Aufgabe	% der aufgewendeten Zeit

Falls ‚Nein‘, geben Sie bitte die Gründe an

7. Können Sie einen anderen Beruf ausüben? Ja Nein

Beruf

Falls ‚Nein‘, geben Sie bitte die Gründe an

8. Datum des ersten Arztbesuchs bezüglich der gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung.

9. Seit wann sind Sie schon arbeitsunfähig?

Vollzeit – von bis oder bis auf weiteres

Teilzeit – von bis oder bis auf weiteres

10 Wann können Sie die Arbeit voraussichtlich wieder aufnehmen?

Vollzeit – von

Teilzeit – von

11. Haben Sie weitere Ärzte/Krankenhäuser/Kliniken konsultiert? Ja Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

12. Beziehen Sie Leistungen für eine Invaliditätsabsicherung aus der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung, diesen gleichgestellten oder gesetzlich vorgeschriebenen Versorgungsträgern oder haben Sie eine solche beantragt? Ja Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

Leistungsart	Betrag in EUR	Name des Versorgungsträgers	Beginn der Leistung	Ende der Leistung

13. Beziehen Sie Leistungen für eine Invaliditätsabsicherung aus der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung oder haben Sie eine solche beantragt?

Ja Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

Leistungsart	Betrag in EUR	Name des Versorgungsträgers	Beginn der Leistung	Ende der Leistung

14. Beziehen Sie Leistungen für eine Invaliditätsabsicherung aus einer private Berufsunfähigkeitsversicherung oder haben Sie eine solche beantragt?

Ja Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

Leistungsart	Betrag in EUR	Name des Versorgungsträgers	Beginn der Leistung	Ende der Leistung

Falls Sie die Fragen 12, 13 oder 14 mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie, die entsprechenden Belege beizufügen.

15. Erhalten Sie weiterhin Einkünfte aus einer Beschäftigung?
(Bitte nur ausfüllen bei Antrag auf Rentenzahlung)

Ja Nein

Falls ja, bitte Details angeben

Art und Umfang der Beschäftigung	Höhe der hierfür erhaltenen Einkünfte

Datenschutz

Gemäß dem geltenden luxemburgischen Datenschutzgesetz und, ab dem 25. Mai 2018, gemäß der europäischen Verordnung Nr. 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (das **„Datenschutzrecht“**), sammelt, speichert und verarbeitet Zurich Eurolife S.A. in ihrer Eigenschaft als Verantwortlicher für die Datenverarbeitung auf elektronische oder andere Weise meine persönlichen Daten, einschließlich, jedoch nicht begrenzt auf die folgenden Angaben: Titel, Familienname, Vorname (n), Geburtsland, Geburtsort, Nationalität, Geburtsdatum, Datum des Beginns oder der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, Anschrift des Wohnsitzes, Land/Länder des/der Wohnsitz(e)s, Gesundheitsdaten falls nötig, Steuernummer falls nötig, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Geschlecht, Familienstand und Angaben zur Beschäftigung sowie finanzielle Angaben (die **„personenbezogene Daten“**).

Rechtliche Grundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten sind (i) meine Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsinformationen (sofern nötig), (ii) die berechtigten Interessen von Zurich Eurolife S.A. und die berechtigten Interessen der Parteien, die von dem Versicherungsvertrag profitieren und (iii) die Einhaltung der geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Verpflichtungen, z.B. hinsichtlich Betrugsprävention und -aufdeckung, Anti-Geldwäschebestimmungen, Steuerberichtsansforderungen, Wirtschafts- oder Finanzsanktionsgesetze und die für Versicherungsunternehmen geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Anforderungen. In diesem Zusammenhang werden personenbezogene Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeitet:

- Die Unterzeichnung, Leistung, Kundendienst und die Verwaltung des Versicherungsvertrages (einschließlich, aber nicht begrenzt auf die Bereitstellung des Versicherungsschutzes oder die Zahlung eines Schadensfalls, um das Risiko hinsichtlich des Versicherungsschutzes durch die Rückversicherung zu steuern);
- Bereitstellung von mit dem Versicherungsvertrag verbundenen Assistenzleistungen, Beratung und Unterstützung;
- Underwriting- und Schaden-Management-Zwecke;
- IT-Wartung, IT-Sicherheit und Datenanalyse, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Verwaltung unserer Website (n), Fehlerbehebung, Datenanalyse, Tests, Forschung, Statistik und Umfragezwecke; und
- Einhaltung aller geltenden rechtlichen und aufsichtsrechtlichen Verpflichtungen (z. B. zur Verhinderung und Aufdeckung von Betrug oder Geldwäsche, zur Erfüllung der Steuerberichterstattungspflichten und der wirtschaftlichen oder finanziellen Sanktionsgesetze und zur Einhaltung der für Versicherungsunternehmen geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Anforderungen).

Ich bin darüber informiert, dass meine Gesundheitsdaten von Zurich Eurolife S.A. und ihren Empfängern, wie oben beschrieben, verarbeitet werden können, um Lebensversicherungen zu versichern und damit verbundene Assistenzleistungen und Unterstützung zu erbringen. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars stimme ich ausdrücklich der Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten für diese Zwecke zu. Ich habe das Recht, meine Zustimmung jederzeit zu widerrufen. Der Widerruf meiner Einwilligung hat keine Auswirkungen auf die Datenverarbeitung, die vor einem solchen Widerruf durchgeführt wurde. Ich bin darüber hinaus informiert, dass meine Gesundheitsdaten, soweit dies für die Schaffung, Ausübung oder Verteidigung eines Rechtsanspruchs erforderlich ist, von Zurich Eurolife S.A. und ihren Empfängern ohne meine Zustimmung, wie oben dargelegt, verarbeitet werden können.

Die Bereitstellung personenbezogener Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, soweit nötig, ist für die Durchführung des Versicherungsvertrages erforderlich. Das Versäumnis, ausreichende, genaue und aktuelle Informationen zur Verfügung zu stellen sowie gegebenenfalls die Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zu verweigern, kann dazu führen, dass Zurich Eurolife S.A keinen Versicherungsschutz gewährt.

Ich bin darüber hinaus informiert, dass Zurich Eurolife S.A. die oben genannten Informationen zu den oben genannten Zwecken möglicherweise Dritten offenlegen oder an Dritte weitergeben muss. Dies kann, abhängig von den Umständen, die unten aufgeführten Parteien (die "Empfänger") betreffen:

- Zurich Insurance Group Ltd. oder eines ihrer verbundenen Unternehmen, wie in den aktuellen Jahresabschlüssen aufgeführt ("Zürich Gruppe"). Unternehmen der Zürich Gruppe tauschen Informationen untereinander aus, wenn dies relevant und angemessen ist. Dazu gehören Gesundheitsinformationen für Versicherungs- und Schadezzwecke. Wenn Sie eine Versicherung bei mehr als einer Firma in der Zürich Gruppe beantragen, können diese Ihre Daten untereinander austauschen.
- Beteiligte Finanzberater, Makler, Agenten oder Versicherungsvermittler;
- Auftragnehmer oder Dienstleister, die Dienstleistungen für uns erbringen, beispielsweise Verwaltung, Informationstechnologie, Telekommunikation, versicherungsmathematische Dienste, Datenerfassung, -speicherung, -wiederherstellung, -sicherheit, Postvertrieb, Prüfung und Beurteilung von Ansprüchen, Zahlung, Investition, Scheckdruck, Steuervertretung, Marketing, Notfallhilfe, Due-Diligence-Prüfung, Wirtschaftsprüfer, Rechtsanwälte, medizinische und professionelle Dienstleistungen, Umfrage- und Forschungsdienstleistungen;
- Wirtschaftsauskunfteien, Rückversicherer, sonstige Versicherer und Finanzinstitute,
- Bei Verkauf, Übertragung oder Reorganisation unseres Geschäfts bzw. unseres Gruppengeschäfts (oder eines Teils davon) an den Erwerber oder die neue Organisationseinheit; und
- Regierungs- / Rechts- / Steuer- / Regulierungsbehörden, Gerichte, Streitbeilegungsforen (die für uns oder unsere Konzerngesellschaften zuständig sind), Ermittler oder Prozessbeteiligte und ihre Berater.

Die Empfänger befinden sich innerhalb und außerhalb der Europäischen Union und insbesondere auf der Isle of Man und in der Schweiz. Wenn wir personenbezogene Daten außerhalb der Europäischen Union übermitteln, stellen wir sicher, dass die Übermittlung auf Grundlage einer Legitimationsbasis des Datenschutzrechts erfolgt. Wir werden dies tun, indem wir sicherstellen, dass es entweder eine Angemessenheitsentscheidung der EU Kommission bezüglich der Übermittlung personenbezogener Daten gibt oder dass die personenbezogenen Daten durch die Verwendung von "Standardvertragsklauseln", die von der EU Kommission angenommen wurden, angemessen geschützt werden oder gegebenenfalls auf Grundlage einer anderen durch das Datenschutzrecht vorgesehenen Legitimationsbasis. Die Isle of Man und die Schweiz profitieren von einer Angemessenheitsentscheidung der EU Kommission. Die Mitglieder des Versicherungsvertrages und die Kontaktpersonen des Versicherungsnehmers haben das Recht, eine Kopie der "Standardvertragsklauseln" von dem Datenschutzbeauftragten der Zurich Eurolife S.A. anzufordern.

Personenbezogene Daten können auch an die luxemburgischen Steuerbehörden weitergegeben werden, die diese wiederum an ausländische Steuerbehörden weitergeben können (einschließlich für die Einhaltung des automatischen Austauschs von Steuerinformationen wie des Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) und dem Common Reporting Standard (CRS)).

Die personenbezogenen Daten werden von Zurich Eurolife S.A. nicht länger als nötig im Hinblick auf die Zwecke der Datenverarbeitung, einschließlich der Einhaltung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen oder -beschränkungen aufbewahrt.

Gemäß den Bedingungen des Datenschutzrechts habe ich das Recht:

- Auskunft zu meinen personenbezogenen Daten zu erhalten;
- Meine personenbezogenen Daten zu korrigieren, wenn sie ungenau oder unvollständig sind;
- Die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten abzulehnen;
- Meine personenbezogenen Daten löschen zu lassen;
- Die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einzuschränken;
- Nach der Datenübertragbarkeit meiner personenbezogenen Daten zu fragen - um personenbezogene Daten in einem digitalen Format zu erhalten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich berechtigt bin, bei der Nationalen Kommission für den Datenschutz Luxemburgs ("CNPD") Beschwerde einzureichen.

Ich kann meine oben genannten Rechte ausüben, indem ich an den Datenschutzbeauftragten der Zurich Eurolife S.A. unter der folgenden Adresse schreibe:

Datenschutzbeauftragter
Zurich Eurolife S.A.
Building Elise
21 rue Léon Laval
L-3372 LeudelangeLuxembourg
E-mail: ZELprivacy@zurich.com

Dieser Abschnitt „Angaben zum Datenschutz“ bezieht sich auch auf zusätzliche personenbezogene Daten (einschließlich Gesundheitsinformationen), die in Ergänzungsformularen verlangt werden und gegebenenfalls zusätzlich zu diesem Formular, je nach Ihren Angaben in diesem Formular, ausgefüllt werden müssen.

Ich stimme ausdrücklich der Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch Zurich Eurolife S.A. und ihre Empfänger, wie in der oben genannten Datenschutzklausel dargelegt, zu Zwecken der Deckung des Lebensversicherungsschutzes und der Bereitstellung von damit verbundenen Assistenzleistungen und Unterstützung zu. Diese Einwilligung kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung an den Datenschutzbeauftragten der Zurich Eurolife S.A. widerrufen werden.

Mir ist bewusst, sollte ich mich weigern, die obige Einwilligung zu erteilen, dass die Bereitstellung des Lebensversicherungsschutzes und damit verbundene Assistenzleistungen und Unterstützung verzögert oder abgelehnt werden können, falls die verbleibenden Informationsquellen es nicht ermöglichen, das Risiko oder die entsprechenden Assistenzleistungen und Unterstützung zu untersuchen und zu bewerten, die mit Ihrer Anfrage verbunden sind.

Unterschrift versicherte Person

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Weitergabe von versicherungsvertragsbezogenen Informationen, Dokumenten und/oder Daten

Die folgenden Vollmachten sind erforderlich, damit Zurich Eurolife S.A. Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag der Zurich Group, allen Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln, dem Vermittler, dem/den Steuervertreter/n von Zurich Eurolife S.A., den Regulierungsbehörden und für IT-Sicherheitszwecke weitergeben kann.

Die Informationen, Dokumente und/oder Daten, die Zurich Eurolife S.A. diesen Empfängern und für diese Zwecke unter den folgenden Vollmachten bereitstellt, unterliegen den Berufsgeheimhaltungsbestimmungen der Versicherungsbranche in Luxemburg, wie in Artikel 300 des luxemburgischen Gesetzes für die Versicherungsbranche in der jeweils gültigen Fassung (*Loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances*) und im luxemburgischen Datenschutzgesetz in der jeweils gültigen Fassung (*Loi modifiée du 2 août 2002 relatives à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel*) dargelegt.

Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Vollmachten zu lesen und zu unterzeichnen, um mit dem Antrag fortfahren zu können.

Vollmachten zur Weitergabe von Informationen, Dokumenten und/oder Daten zugunsten der Zurich Group, aller Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln, des Vermittlers, des/der Steuervertreter/steuervertreter von Zurich Eurolife S.A., der Regulierungsbehörden und zu IT-Sicherheitszwecken:

a) Vollmacht zur Weitergabe von Informationen, Dokumenten und/oder Daten zugunsten der Zurich Group

Kraft dieser Vollmacht erteile ich/erteilen wir Zurich Eurolife S.A. und/oder deren leitenden Angestellten oder Angestellten die Vollmacht, der Zurich Group, wie in Abschnitt 1 unten definiert, und/oder ihren leitenden Angestellten oder Angestellten sowie allen Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln, alle Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag in dem in Abschnitt 2 unten beschriebenen Umfang bereitzustellen. Diese Informationen, Dokumente und/oder Daten können telefonisch, per Fax, Post und/oder auf elektronischem Weg kommuniziert werden.

Abschnitt 1: Zurich Group

Die vorliegende Vollmacht stellt Ihre Anweisung dar, der Zurich Insurance Company Ltd. mit Hauptsitz in Mythenquai 2, 8002 Zürich, Schweiz und/oder ihren leitenden Angestellten oder Angestellten oder verbundenen Unternehmen wie im aktuellsten Jahresabschluss aufgeführt (die „Zurich Group“) und/oder allen Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln, Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag bereitzustellen.

Die Anzahl an leitenden Angestellten, Angestellten und/oder Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln und denen der Zugriff auf Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag gewährt wird, ist begrenzt und wird ständig überwacht und angepasst, um maximale Sicherheit hinsichtlich des Zugriffs auf und die Nutzung von diesen Informationen, Dokumenten und/oder Daten sicherzustellen. Zusätzlich sind alle Angestellten, leitenden Angestellten und/oder Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln und Zugriff auf alle Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag erhalten, vertraglich verpflichtet, diese nur für die in Abschnitt 2 unten beschriebenen Zwecke zu nutzen, die Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag vertraulich zu behandeln und diese Informationen, Dokumente und/oder Daten nicht unautorisierten Dritten zur Verfügung zu stellen.

Abschnitt 2: Umfang der Vollmacht

Ich/wir weise/n Zurich Eurolife S.A. sowie ihre leitenden Angestellten oder Angestellten an, der Zurich Group und/oder ihren leitenden Angestellten oder Angestellten sowie allen Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln, alle Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag bereitzustellen, einschließlich, aber nicht begrenzt auf meinen/unseren eingetragenen Namen, Kontaktdaten, die Vertragsnummer, Vertragsbeginn, das Datum des Jahrestags des Vertrages, annualisierte Prämienbeträge, die Währung, Vorteile und die Anzahl der von dem Vertrag abgedeckten Gruppenmitglieder, die erforderlich sind für:

- Die Unterzeichnung, Leistung, Kundendienst und Verwaltung des Versicherungsvertrages (einschließlich, aber nicht begrenzt auf die Bereitstellung des Versicherungsschutzes oder die Zahlung eines Schadensfalls, um das Risiko hinsichtlich des Versicherungsschutzes durch die Rückversicherung zu steuern);
- Bereitstellung von mit dem Versicherungsvertrag verbundenen Assistenzleistungen, Beratung und Unterstützung;
- Underwriting- und Schaden-Management-Zwecke;
- IT-Wartung, IT-Sicherheit und Datenanalyse, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Verwaltung unserer Website (n), Fehlerbehebung, Datenanalyse, Tests, Forschung, Statistik und Umfragezwecke; und
- Einhaltung aller geltenden rechtlichen und aufsichtsrechtlichen Verpflichtungen (z. B. zur Verhinderung und Aufdeckung von Betrug oder Geldwäsche, zur Erfüllung der Steuerberichterstattungspflichten und der wirtschaftlichen oder finanziellen Sanktionsgesetze und zur Einhaltung der für Versicherungsunternehmen geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Anforderungen).

Gesundheitsdaten von Angestellten dürfen nur zur Schadensabwicklung, zur medizinischen Risikoprüfung sowie für Rückversicherungsdienstleistungen oder dort, wo Zugriff wegen IT-Wartung oder Sicherheitszwecke erforderlich ist, bereitgestellt werden.

b) Vollmacht zur Weitergabe von Informationen, Dokumenten und/oder Daten zugunsten des Vermittlers

Kraft dieser Vollmacht erteile ich/erteilen wir Zurich Eurolife S.A. und/oder deren leitenden Angestellten oder Angestellten die Vollmacht, dem in Abschnitt 6 dieses Antragsformulars genannten Vermittler und/oder seinen leitenden Angestellten oder Angestellten alle Informationen, Dokumente und/oder Daten bereitzustellen, einschließlich, aber nicht begrenzt auf meinen/unseren eingetragenen Namen, Kontaktdaten, die Vertragsnummer, Vertragsbeginn, das Datum des Jahrestags des Vertrages, annualisierte Prämienbeträge, die Währung, Vorteile und die Anzahl der von dem Vertrag abgedeckten Gruppenmitglieder (außer Gesundheitsdaten von Angestellten), die sich auf den Vertrag beziehen. Diese Informationen, Dokumente und/oder Daten können telefonisch, per Fax, Post und/oder auf elektronischem Weg kommuniziert werden.

Weitergabe von versicherungsvertragsbezogenen Informationen, Dokumenten und/oder Daten (Fortsetzung)

c) Vollmacht zur Weitergabe von Informationen, Dokumenten und/oder Daten zugunsten des/der Steuervertreter/s von Zurich Eurolife S.A.

Ich/wir verstehe/n, dass Zurich Eurolife S.A. verpflichtet werden kann, eine andere Unternehmenseinheit der Zurich Group oder einen Dritten zu benennen, um die Rolle des Steuervertreters/Berichtspflichtigen in einer bestimmten rechtlichen Zuständigkeit auszuüben, wie durch anwendbares Recht verlangt. Um seine Aufgabe erfüllen zu können, benötigt der Steuervertreter möglicherweise Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag, einschließlich, aber nicht beschränkt auf meinen/unseren eingetragenen Namen, Kontaktdaten, die Vertragsnummer, Vertragsbeginn, das Datum des Jahrestags des Vertrages, annualisierte Prämienbeträge, die Währung, Vorteile und die Anzahl der von dem Vertrag abgedeckten Gruppenmitglieder (außer Gesundheitsdaten von Angestellten). Ich/wir erteile/n Zurich Eurolife S.A. und/oder ihren leitenden Angestellten oder Angestellten die ausdrückliche Vollmacht, dem/den Steuervertreter/n und/oder allen seinen/ihren leitenden Angestellten oder Angestellten alle Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag bereitzustellen, die erforderlich sind, um geltende Gesetze einzuhalten. Diese Informationen, Dokumente und/oder Daten dürfen telefonisch, per Fax, Post und/oder auf elektronischem Weg kommuniziert werden.

d) Vollmacht zur Weitergabe von Informationen, Dokumenten und/oder Daten zugunsten von Regulierungsbehörden

Ich/wir verstehe/n, dass Zurich Eurolife S.A. verpflichtet sein kann, Regulierungsbehörden Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag bereitzustellen, wie durch anwendbares Recht verlangt, insbesondere für, aber nicht begrenzt auf Zwecke der Handels- und Wirtschaftssanktionsgesetze sowie Gesetze zur Bekämpfung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung. Um ihre Rolle ausüben zu können, benötigen Regulierungsbehörden möglicherweise Informationen, Dokumente und/oder Daten, einschließlich, aber nicht begrenzt auf meinen/unseren eingetragenen Namen, Kontaktdaten, die Vertragsnummer, Vertragsbeginn, das Datum des Jahrestags des Vertrages, annualisierte Prämienbeträge, die Währung, Vorteile und die Anzahl der von dem Vertrag abgedeckten Gruppenmitglieder (außer Gesundheitsdaten von Angestellten). Ich/wir erteile/n Zurich Eurolife S.A. und/oder ihren leitenden Angestellten oder Angestellten die ausdrückliche Vollmacht, den Regulierungsbehörden und/oder allen ihren leitenden Angestellten oder Angestellten alle Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag bereitzustellen, die erforderlich sind, um das geltende Gesetz einzuhalten. Diese Informationen, Dokumente und/oder Daten können telefonisch, per Fax, Post und/oder auf elektronischem Weg kommuniziert werden.

e) Vollmacht zur Weitergabe von Informationen, Dokumenten und/oder Daten für IT-Wartung und Sicherheitszwecke

Ich/wir verstehe/n, dass Zurich Eurolife S.A. verpflichtet sein kann, Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag Dritten (IT-Dienstleistern) aus IT-Wartungs- und Sicherheitszwecken bereitzustellen, insbesondere für, aber nicht begrenzt auf Zwecke der Verhinderung oder Erkennung von Cyber-Attacken oder der IT-Infrastrukturwartung. Diese IT-Dienstleister benötigen möglicherweise Zugriff auf diese Informationen, Dokumente und/oder Daten, um ihre Dienstleistungen erbringen zu können. Ich/wir erteile/n Zurich Eurolife S.A. und/oder allen ihren leitenden Angestellten und Angestellten die ausdrückliche Vollmacht, IT-Dienstleistern und deren leitenden Angestellten und Angestellten alle Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag bereitzustellen, einschließlich, aber nicht begrenzt auf meinen/unseren eingetragenen Namen, Kontaktdaten, die Vertragsnummer, Vertragsbeginn, das Datum des Jahrestags des Vertrages, annualisierte Prämienbeträge, die Währung, Vorteile und die Anzahl der von dem Vertrag abgedeckten Gruppenmitglieder, die notwendig sind, um ihre Dienstleistungen zu erbringen.

f) Sonstige Bestimmungen für die Vollmachten

Sollten Sie und/oder Zurich Eurolife S.A. aufgrund einer Fusion, Umwandlung oder Konsolidierungsmaßnahme seine eigenständige Rechtspersönlichkeit verlieren, gilt (soweit rechtlich zulässig) der aus dieser Maßnahme hervorgehende Rechtsträger als vollumfänglicher Rechtsnachfolger dieser Vollmacht.

Diese Vollmachten unterliegen den Gesetzen des Großherzogtums Luxemburg. Die Gerichte von Luxemburg haben die ausschließliche Zuständigkeit im Hinblick auf alle Streitigkeiten in Bezug auf die Existenz, Auslegung und Ausübung dieser Vollmachten.

Diese Vollmachten sind zeitlich unbegrenzt und können von allen Parteien zu jeder Zeit mittels Zustellung einer schriftlichen Kündigung per Einschreiben gekündigt werden.

Ort

Unterschrift der versicherten Person

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

3. Vertrauliches ärztliches Attest (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Machen Sie bitte Angaben zu allen verfügbaren Diagnosen und Befunden (bitte auch Fremdbefunde wie Krankenhausberichte, Röntgenbilder oder Laborergebnisse usw. einbeziehen). Fügen Sie bitte Kopien der Befunde bei.

1. Kennen Sie den Patienten oder haben Sie ihn in der Vergangenheit bereits einmal behandelt?

Ja Nein

Falls ja, bitte angeben in welcher Beziehung Sie zu dem Patienten stehen, z.B. professionell oder persönlich.

2. Wann hat der Patient/die Patientin Sie erstmalig zu der gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung konsultiert?

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

3. Datum der letzten medizinischen Beratung bzw. Behandlung zu dieser gesundheitlichen Einschränkung

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

(a) Geben Sie bitte die Größe und das Gewicht an

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

(b) Geben Sie bitte den Blutdruck an

Systolisch _____ mmhg Diastolisch _____ mmhg

4. Machen Sie bitte vollständige Angaben zur aktuellen Diagnose nach ICD-10 oder DSM-V

ICD-10

DSM-V

5. Machen Sie bitte vollständige Angaben zur gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung, an der der Patient/die Patientin zurzeit leidet (fügen Sie bitte unterstützende Befunde, Röntgenbilder usw. bei).

6. Machen Sie bitte Angaben zu früheren und aktuellen medizinischen Behandlungen in Verbindung mit dieser gesundheitlichen Einschränkung.

(a) Vollständige Angaben zu allen Medikamenten, die Sie dem Patienten/der Patientin verschrieben haben, einschließlich Dosierung

Bezeichnung und Dosierung des Medikamentes

(b) Angaben zu chirurgischen Eingriffen, die in Verbindung mit der gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung erfolgt sind

Datum des Eingriffs	Eingriff durchgeführt	Befund

(c) Angaben zu anderen verschriebenen Behandlungsmethoden, einschließlich Physiotherapie.

Datum und Dauer der Behandlung	Art der Behandlung	Befund

Bitte geben Sie den Namen und die vollständige Adresse des Therapeuten an.

Name _____

Adresse _____

Vertrauliches ärztliches Attest (vom behandelnden Arzt auszufüllen) (Fortsetzung)

(d) Werden Sie die Behandlung Ihres Patienten/Ihrer Patientin in naher Zukunft voraussichtlich verändern oder empfehlen Sie weitere Untersuchungen oder chirurgische Eingriffe?

Ja Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

(e) Gibt es Berater, Fachärzte oder andere Angehörige eines Heilberufes, die Ihre(n) Patienten/Ihre Patientin in Bezug auf die gegenwärtige gesundheitliche Einschränkung als ambulante(n) Patienten/Patientin behandeln?

Ja Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

Datum	Spezialisierung des Facharztes/Behandlung	Befund

Bitte geben Sie den Namen und die vollständige Adresse des Beraters/Facharztes an

Name

Adresse

(f) Wird Ihr Patient/Ihre Patientin noch von einem anderen Arzt behandelt?

Ja Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

Datum	Art der Behandlung	Befund

7. Wie lange ist Ihr Patient/Ihre Patientin wegen der gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung schon arbeitsunfähig?

Vollzeit – von bis oder bis auf weiteres

Teilzeit – von bis oder bis auf weiteres

8. Kann der Patient/die Patientin die Aufgaben seines/ihrer eigenen Berufes ganz oder teilweise ausüben?

Ja Nein

Falls ‚Ja‘, bitte Details angeben, falls ‚Nein‘, geben Gründe an.

9. Kann der Patient/die Patientin eine andere Tätigkeit ausüben?

Ja Nein

Falls ‚Ja‘, bitte Details angeben, falls ‚Nein‘, geben Gründe an.

10. (a) Ist Ihnen etwas aus der Krankengeschichte des Patienten/der Patientin bekannt, das mit der gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung in Zusammenhang stehen könnte?

Ja Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

Vertrauliches ärztliches Attest (vom behandelnden Arzt auszufüllen) (Fortsetzung)

(b) Sind Ihnen Einflüsse bekannt, die den Heilungsprozess stören könnten?

Ja Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

11. Wie hoch ist der aktuelle Grad der Arbeitsfähigkeit?

(a) in Bezug auf seinen eigenen Beruf

Arbeitsfähigkeit _____ % Art der möglichen Tätigkeiten _____

(b) in Bezug auf seinen eigenen oder einen ähnlichen Beruf

Arbeitsfähigkeit _____ % Art der möglichen Tätigkeiten _____

(c) in Bezug darauf, irgendeine andere gewinnbringende Tätigkeit auszuüben

Arbeitsfähigkeit _____ % Art der möglichen Tätigkeiten _____

12. Bitte beschreiben Sie die Art der gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkungen

beim Stehen _____	beim Klettern _____
beim Sitzen _____	beim Beugen _____
beim Gehen _____	beim Benutzen der Arme/Hände _____
beim Fahren _____	in Bezug auf die Psyche _____
beim Hochheben _____	

Bestehende Abhängigkeit von einer dritten Person im Alltag

Andere Einschränkungen in der Bewegung oder bei den Lebensgewohnheiten

13. Wann erwarten Sie, dass der Patient/die Patientin wieder seiner Arbeit nachkommen kann?

Vollzeit ab

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Teilzeit ab _____ %

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

14. Wie lautet Ihre Prognose für den Patienten?

15. Zusätzliche Anmerkungen

Bitte geben Sie weitere Informationen, die Ihrer Meinung nach für die Leistungsabteilung von Zurich Eurolife S.A. hilfreich sind, um den Anspruch zu bewerten. Bitte beschreiben Sie auch Maßnahmen, die Arbeitsfähigkeit des Patienten/der Patientin verbessern könnten.

Bitte vergewissern Sie sich, dass alle Fragen beantwortet wurden und der Antragsteller/die Antragstellerin die Erklärung unterzeichnet hat.

Sollten Sie weitergehende gesundheitliche Beeinträchtigungen festgestellt haben, die aus Ihrer Sicht näher untersucht werden sollten, teilen Sie uns dies bitte mit. Bitte benennen Sie uns in diesem Fall auch etwaige Therapieansätze und/ oder Empfehlungen für weitere Abklärungen.

Kennen Sie den Antragsteller/die Antragstellerin oder haben ihn/sie behandelt?

Ja Nein

Falls ‚Ja‘, geben Sie bitte an, in welcher Eigenschaft sie den Antragsteller/die Antragstellerin kennen, d.h., beruflich oder privat

Deklaration Arzt

Datenschutz

Gemäß dem geltenden luxemburgischen Datenschutzgesetz und, ab dem 25. Mai 2018, gemäß der europäischen Verordnung Nr. 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (das **„Datenschutzrecht“**), sammelt, speichert und verarbeitet Zurich Eurolife S.A. in ihrer Eigenschaft als Verantwortlicher für die Datenverarbeitung auf elektronische oder andere Weise die persönlichen Daten des Arztes und der Kontaktpersonen des Arztes, einschließlich, jedoch nicht begrenzt auf die folgenden Angaben: Titel, Familienname, Vorname(n), Geburtsland, Geburtsort, Nationalität, Geburtsdatum, Anschrift des Wohnsitzes, Land/Länder des/der Wohnsitz(e)s, E-Mail-Adresse und Telefonnummer (die **„personenbezogene Daten“**). Gemäß des Datenschutzrechts muss der Arzt seine Kontaktpersonen ordnungsgemäß über die von Zurich Eurolife S.A. vorgenommene Verarbeitung informieren.

Rechtliche Grundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten sind (i) die berechtigten Interessen von Zurich Eurolife S.A. und die berechtigten Interessen der Parteien, die von dem Versicherungsvertrag profitieren und (ii) die Einhaltung der geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Verpflichtungen, z.B. hinsichtlich Betrugsprävention und -aufdeckung, Anti-Geldwäschebestimmungen, Steuerberichtsansforderungen, Wirtschafts- oder Finanzsanktionsgesetze und die für Versicherungsunternehmen geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Anforderungen. In diesem Zusammenhang werden personenbezogene Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeitet:

- Die Unterzeichnung, Leistung, den Kundendienst und die Verwaltung des Versicherungsvertrages (einschließlich, aber nicht begrenzt auf die Bereitstellung des Versicherungsschutzes oder die Zahlung eines Schadensfalls, um das Risiko hinsichtlich des Versicherungsschutzes durch die Rückversicherung zu steuern);
- Bereitstellung von mit dem Versicherungsvertrag verbundenen Assistenzleistungen, Beratung und Unterstützung;
- Underwriting- und Schaden-Management-Zwecke;
- IT-Wartung, IT-Sicherheit und Datenanalyse, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Verwaltung unserer Website(n), Fehlerbehebung, Datenanalyse, Tests, Forschung, Statistik und Umfragezwecke; und
- Einhaltung aller geltenden rechtlichen und aufsichtsrechtlichen Verpflichtungen (z. B. zur Verhinderung und Aufdeckung von Betrug oder Geldwäsche, zur Erfüllung der Steuerberichterstattungspflichten und der wirtschaftlichen oder finanziellen Sanktionsgesetze und zur Einhaltung der für Versicherungsunternehmen geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Anforderungen).

Die Bereitstellung personenbezogener Daten des Arztes und die Kontaktpersonen des Arztes ist für die Durchführung des Versicherungsvertrages erforderlich. Das Versäumnis, ausreichende, genaue und aktuelle Informationen zur Verfügung zu stellen, kann dazu führen, dass Zurich Eurolife S.A keinen Versicherungsschutz gewährt.

Die personenbezogenen Daten können zu den oben genannten Zwecken möglicherweise Dritten offengelegt oder an Dritte weitergegeben werden. Dies kann, abhängig von den Umständen, die unten aufgeführten Parteien (die **„Empfänger“**) betreffen:

- Zurich Insurance Group Ltd. oder eines ihrer verbundenen Unternehmen, wie in den aktuellen Jahresabschlüssen aufgeführt (**„Zürich Gruppe“**). Unternehmen der Zürich-Gruppe tauschen Informationen untereinander aus, wenn dies relevant und angemessen ist. Dazu gehören Gesundheitsinformationen für Versicherungs- und Schadenzwecke. Wenn Sie eine Versicherung bei mehr als einer Firma in der Zürich Gruppe beantragen, können diese Ihre Daten untereinander austauschen.
- Beteiligte Finanzberater, Makler, Agenten oder Versicherungsvermittler;
- Auftragnehmer oder Dienstleister, die Dienstleistungen für uns erbringen, beispielsweise Verwaltung, Informationstechnologie, Telekommunikation, versicherungsmathematische Dienste, Datenerfassung, -speicherung, -wiederherstellung, -sicherheit, Postvertrieb, Prüfung und Beurteilung von Ansprüchen, Zahlung, Investition, Scheckdruck, Steuervertretung, Marketing, Notfallhilfe, Due-Diligence-Prüfung, Wirtschaftsprüfer, Rechtsanwälte, medizinische und professionelle Dienstleistungen, Umfrage- und Forschungsdienstleistungen;
- Wirtschaftsauskunfteien, Rückversicherer, sonstige Versicherer und Finanzinstitute,
- Bei Verkauf, Übertragung oder Reorganisation unseres Geschäfts bzw. unseres Gruppengeschäfts (oder eines Teils davon) an den Erwerber oder die neue Organisationseinheit; und
- Regierungs- / Rechts- / Steuer- / Regulierungsbehörden, Gerichte, Streitbeilegungsforen (die für uns oder unsere Konzerngesellschaften zuständig sind), Ermittler oder Prozessbeteiligte und ihre Berater.

Die Empfänger befinden sich innerhalb und außerhalb der Europäischen Union und insbesondere auf der Isle of Man und in der Schweiz. Wenn wir personenbezogene Daten außerhalb der Europäischen Union übermitteln, stellen wir sicher, dass die Übermittlung auf Grundlage einer Legitimationsbasis des Datenschutzrechts erfolgt. Wir werden dies tun, indem wir sicherstellen, dass es entweder eine Angemessenheitsentscheidung der EU Kommission bezüglich der Übermittlung personenbezogener Daten gibt oder dass die personenbezogenen Daten durch die Verwendung von **„Standardvertragsklauseln“**, die von der EU Kommission angenommen wurden, angemessen geschützt werden oder gegebenenfalls auf Grundlage einer anderen durch das Datenschutzrecht vorgesehenen Legitimationsbasis. Die Isle of Man und die Schweiz profitieren von einer Angemessenheitsentscheidung der EU Kommission. Der Arzt und die Kontaktpersonen des Arztes haben das Recht, eine Kopie der **„Standardvertragsklauseln“** von dem Datenschutzbeauftragten der Zurich Eurolife S.A. anzufordern.

Personenbezogene Daten können auch an die luxemburgischen Steuerbehörden weitergegeben werden, die diese wiederum an ausländische Steuerbehörden weitergeben können (einschließlich für die Einhaltung des automatischen Austauschs von Steuerinformationen wie des Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) und dem Common Reporting Standard (CRS)).

Deklaration Arzt (Fortsetzung)

Die personenbezogenen Daten werden von Zurich Eurolife S.A. nicht länger als nötig im Hinblick auf die Zwecke der Datenverarbeitung, einschließlich der Einhaltung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen oder -beschränkungen aufbewahrt. Gemäß den Bedingungen des Datenschutzrechts haben der Arzt und die Kontaktpersonen des Arztes das Recht:

- Auskunft zu ihren personenbezogenen Daten zu erhalten;
- Ihre personenbezogenen Daten zu berichtigen, wenn sie ungenau oder unvollständig sind;
- Die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten abzulehnen;
- Ihre personenbezogenen Daten löschen zu lassen;
- Die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten einzuschränken;
- Nach der Datenübertragbarkeit ihrer personenbezogenen Daten zu fragen - um personenbezogene Daten in einem digitalen Format zu erhalten.

Der Arzt und die Kontaktpersonen des Arztes nehmen zur Kenntnis, dass sie berechtigt sind, bei der Nationalen Kommission für den Datenschutz Luxemburgs ("CNPD") Beschwerde einzureichen.

Der Arzt und die Kontaktpersonen des Arztes können ihre oben genannten Rechte ausüben, indem sie an den Datenschutzbeauftragten der Zurich Eurolife S.A. unter der folgenden Adresse schreiben:

Datenschutzbeauftragter

Zurich Eurolife S.A.

Building Elise

21 rue Léon Laval

L-3372 Leudelange

Luxembourg

E-mail: ZELprivacy@zurich.com

Dieser Abschnitt „Angaben zum Datenschutz“ bezieht sich auch auf zusätzliche personenbezogene Daten, die in Ergänzungsformularen verlangt werden und gegebenenfalls zusätzlich zu diesem Formular, je nach Ihren Angaben in diesem Formular, ausgefüllt werden müssen.

Hiermit bestätige ich, dass ich den Antragsteller/die Antragstellerin befragt und untersucht sowie die obigen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Unterschrift des Arztes

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Name (vollständig)

Fachgebiet des Arztes

Adresse

Telefonnummer des Arztes

E-Mailadresse des Arztes

Stempel des Arztes

Weitergabe von versicherungsvertragsbezogenen Informationen, Dokumenten und/oder Daten

Die folgenden Vollmachten sind erforderlich, damit Zurich Eurolife S.A. Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag der Zurich Group, allen Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln, dem Vermittler, dem/den Stellvertreter/n von Zurich Eurolife S.A., den Regulierungsbehörden und für IT-Sicherheitszwecke weitergeben kann.

Die Informationen, Dokumente und/oder Daten, die Zurich Eurolife S.A. diesen Empfängern und für diese Zwecke unter den folgenden Vollmachten bereitstellt, unterliegen den Berufsgeheimhaltungsbestimmungen der Versicherungsbranche in Luxemburg, wie in Artikel 300 des luxemburgischen Gesetzes für die Versicherungsbranche in der jeweils gültigen Fassung (*Loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances*) und im luxemburgischen Datenschutzgesetz in der jeweils gültigen Fassung (*Loi modifiée du 2 août 2002 relatives à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel*) dargelegt.

Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Vollmachten zu lesen und zu unterzeichnen, um mit dem Antrag fortfahren zu können.

Vollmachten zur Weitergabe von Informationen, Dokumenten und/oder Daten zugunsten der Zurich Group, aller Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln, des Vermittlers, des/der Stellvertreter/er/der von Zurich Eurolife S.A., der Regulierungsbehörden und zu IT-Sicherheitszwecken:

a) Vollmacht zur Weitergabe von Informationen, Dokumenten und/oder Daten zugunsten der Zurich Group

Kraft dieser Vollmacht erteile ich/erteilen wir Zurich Eurolife S.A. und/oder deren leitenden Angestellten oder Angestellten die Vollmacht, der Zurich Group, wie in Abschnitt 1 unten definiert, und/oder ihren leitenden Angestellten oder Angestellten sowie allen Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln, alle Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag in dem in Abschnitt 2 unten beschriebenen Umfang bereitzustellen. Diese Informationen, Dokumente und/oder Daten können telefonisch, per Fax, Post und/oder auf elektronischem Weg kommuniziert werden.

Abschnitt 1: Zurich Group

Die vorliegende Vollmacht stellt Ihre Anweisung dar, der Zurich Insurance Company Ltd. mit Hauptsitz in Mythenquai 2, 8002 Zürich, Schweiz und/oder ihren leitenden Angestellten oder Angestellten oder verbundenen Unternehmen wie im aktuellsten Jahresabschluss aufgeführt (die „Zurich Group“) und/oder allen Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln, Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag bereitzustellen.

Die Anzahl an leitenden Angestellten, Angestellten und/oder Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln und denen der Zugriff auf Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag gewährt wird, ist begrenzt und wird ständig überwacht und angepasst, um maximale Sicherheit hinsichtlich des Zugriffs auf und die Nutzung von diesen Informationen, Dokumenten und/oder Daten sicherzustellen. Zusätzlich sind alle Angestellten, leitenden Angestellten und/oder Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln und Zugriff auf alle Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag erhalten, vertraglich verpflichtet, diese nur für die in Abschnitt 2 unten beschriebenen Zwecke zu nutzen, die Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag vertraulich zu behandeln und diese Informationen, Dokumente und/oder Daten nicht unautorisierten Dritten zur Verfügung zu stellen.

Abschnitt 2: Umfang der Vollmacht

Ich/wir weise/n Zurich Eurolife S.A. sowie ihre leitenden Angestellten oder Angestellten an, der Zurich Group und/oder ihren leitenden Angestellten oder Angestellten sowie allen Parteien, die autorisiert sind, im Auftrag der Zurich Group zu handeln, alle Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag bereitzustellen, einschließlich, aber nicht begrenzt auf meinen/unseren eingetragenen Namen, Kontaktdaten, die erforderlich sind für:

- Die Unterzeichnung, Leistung, Kundendienst und Verwaltung des Versicherungsvertrages (einschließlich, aber nicht begrenzt auf die Bereitstellung des Versicherungsschutzes oder die Zahlung eines Schadensfalls, um das Risiko hinsichtlich des Versicherungsschutzes durch die Rückversicherung zu steuern);
- Bereitstellung von mit dem Versicherungsvertrag verbundenen Assistenzleistungen, Beratung und Unterstützung;
- Underwriting- und Schaden-Management-Zwecke;
- IT-Wartung, IT-Sicherheit und Datenanalyse, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Verwaltung unserer Website (n), Fehlerbehebung, Datenanalyse, Tests, Forschung, Statistik und Umfragezwecke; und
- Einhaltung aller geltenden rechtlichen und aufsichtsrechtlichen Verpflichtungen (z. B. zur Verhinderung und Aufdeckung von Betrug oder Geldwäsche, zur Erfüllung der Steuerberichterstattungspflichten und der wirtschaftlichen oder finanziellen Sanktionsgesetze und zur Einhaltung der für Versicherungsunternehmen geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Anforderungen).

b) Vollmacht zur Weitergabe von Informationen, Dokumenten und/oder Daten zugunsten des Vermittlers

Kraft dieser Vollmacht erteile ich/erteilen wir Zurich Eurolife S.A. und/oder deren leitenden Angestellten oder Angestellten die Vollmacht, dem in Abschnitt 6 dieses Antragsformulars genannten Vermittler und/oder seinen leitenden Angestellten oder Angestellten alle Informationen, Dokumente und/oder Daten bereitzustellen, einschließlich, aber nicht begrenzt auf meinen/unseren eingetragenen Namen, Kontaktdaten, die Vertragsnummer, Vertragsbeginn, das Datum des Jahrestags des Vertrages, annualisierte Prämienbeträge, die Währung, Vorteile und die Anzahl der von dem Vertrag abgedeckten Gruppenmitglieder (außer Gesundheitsdaten von Angestellten), die sich auf den Vertrag beziehen. Diese Informationen, Dokumente und/oder Daten können telefonisch, per Fax, Post und/oder auf elektronischem Weg kommuniziert werden.

Weitergabe von versicherungsvertragsbezogenen Informationen, Dokumenten und/oder Daten (Fortsetzung)

c) Vollmacht zur Weitergabe von Informationen, Dokumenten und/oder Daten zugunsten des/der Steuervertreter/s von Zurich Eurolife S.A.

Ich/wir verstehe/n, dass Zurich Eurolife S.A. verpflichtet werden kann, eine andere Unternehmenseinheit der Zurich Group oder einen Dritten zu benennen, um die Rolle des Steuervertreterers/Berichtspflichtigen in einer bestimmten rechtlichen Zuständigkeit auszuüben, wie durch anwendbares Recht verlangt. Um seine Aufgabe erfüllen zu können, benötigt der Steuervertreter möglicherweise Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag, einschließlich, aber nicht beschränkt auf meinen/unseren eingetragenen Namen, Kontaktdaten, die Vertragsnummer, Vertragsbeginn, das Datum des Jahrestags des Vertrages, annualisierte Prämienbeträge, die Währung, Vorteile und die Anzahl der von dem Vertrag abgedeckten Gruppenmitglieder (außer Gesundheitsdaten von Angestellten). Ich/wir erteile/n Zurich Eurolife S.A. und/oder ihren leitenden Angestellten oder Angestellten die ausdrückliche Vollmacht, dem/den Steuervertreter/n und/oder allen seinen/ihren leitenden Angestellten oder Angestellten alle Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag bereitzustellen, die erforderlich sind, um geltende Gesetze einzuhalten. Diese Informationen, Dokumente und/oder Daten dürfen telefonisch, per Fax, Post und/oder auf elektronischem Weg kommuniziert werden.

d) Vollmacht zur Weitergabe von Informationen, Dokumenten und/oder Daten zugunsten von Regulierungsbehörden

Ich/wir verstehe/n, dass Zurich Eurolife S.A. verpflichtet sein kann, Regulierungsbehörden Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag bereitzustellen, wie durch anwendbares Recht verlangt, insbesondere für, aber nicht begrenzt auf Zwecke der Handels- und Wirtschaftssanktionsgesetze sowie Gesetze zur Bekämpfung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung. Um ihre Rolle ausüben zu können, benötigen Regulierungsbehörden möglicherweise Informationen, Dokumente und/oder Daten, einschließlich, aber nicht begrenzt auf meinen/unseren eingetragenen Namen, Kontaktdaten, die Vertragsnummer, Vertragsbeginn, das Datum des Jahrestags des Vertrages, annualisierte Prämienbeträge, die Währung, Vorteile und die Anzahl der von dem Vertrag abgedeckten Gruppenmitglieder (außer Gesundheitsdaten von Angestellten). Ich/wir erteile/n Zurich Eurolife S.A. und/oder ihren leitenden Angestellten oder Angestellten die ausdrückliche Vollmacht, den Regulierungsbehörden und/oder allen ihren leitenden Angestellten oder Angestellten alle Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag bereitzustellen, die erforderlich sind, um das geltende Gesetz einzuhalten. Diese Informationen, Dokumente und/oder Daten können telefonisch, per Fax, Post und/oder auf elektronischem Weg kommuniziert werden.

e) Vollmacht zur Weitergabe von Informationen, Dokumenten und/oder Daten für IT-Wartung und Sicherheitszwecke

Ich/wir verstehe/n, dass Zurich Eurolife S.A. verpflichtet sein kann, Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag Dritten (IT-Dienstleistern) aus IT-Wartungs- und Sicherheitszwecken bereitzustellen, insbesondere für, aber nicht begrenzt auf Zwecke der Verhinderung oder Erkennung von Cyber-Attacken oder der IT-Infrastrukturwartung. Diese IT-Dienstleister benötigen möglicherweise Zugriff auf diese Informationen, Dokumente und/oder Daten, um ihre Dienstleistungen erbringen zu können. Ich/wir erteile/n Zurich Eurolife S.A. und/oder allen ihren leitenden Angestellten und Angestellten die ausdrückliche Vollmacht, IT-Dienstleistern und deren leitenden Angestellten und Angestellten alle Informationen, Dokumente und/oder Daten mit Bezug auf den Vertrag bereitzustellen, einschließlich, aber nicht begrenzt auf meinen/unseren eingetragenen Namen, Kontaktdaten, die Vertragsnummer, Vertragsbeginn, das Datum des Jahrestags des Vertrages, annualisierte Prämienbeträge, die Währung, Vorteile und die Anzahl der von dem Vertrag abgedeckten Gruppenmitglieder, die notwendig sind, um ihre Dienstleistungen zu erbringen.

f) Sonstige Bestimmungen für die Vollmachten

Sollten Sie und/oder Zurich Eurolife S.A. aufgrund einer Fusion, Umwandlung oder Konsolidierungsmaßnahme seine eigenständige Rechtspersönlichkeit verlieren, gilt (soweit rechtlich zulässig) der aus dieser Maßnahme hervorgehende Rechtsträger als vollumfänglicher Rechtsnachfolger dieser Vollmacht.

Diese Vollmachten unterliegen den Gesetzen des Großherzogtums Luxemburg. Die Gerichte von Luxemburg haben die ausschließliche Zuständigkeit im Hinblick auf alle Streitigkeiten in Bezug auf die Existenz, Auslegung und Ausübung dieser Vollmachten.

Diese Vollmachten sind zeitlich unbegrenzt und können von allen Parteien zu jeder Zeit mittels Zustellung einer schriftlichen Kündigung per Einschreiben gekündigt werden.

Ort

Unterschrift des Arztes

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Das vorliegende Dokument hat keine vertraglich bindende Wirkung. Zum besseren Verständnis der Vertragsbestimmungen lesen Sie bitte die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und wenden Sie sich an Ihren Berater.

Das Material ist nicht als Anlageangebot zu verstehen und stellt kein Angebot oder eine Empfehlung eines Angebots zum Kauf von Wertpapieren in Ländern dar, in denen solche Angebote oder Empfehlungen rechtswidrig sind.

Zurich Eurolife S.A. ist es nicht gestattet, Versicherungsprodukte in den USA anzubieten.

Telefonate können aufgezeichnet und überwacht werden, um zusätzliche Sicherheit zu bieten und Beschwerden auszuräumen sowie zu Schulungs-, Administrations- und Qualitätssicherungszwecken.

Zurich Eurolife S.A. ist eine Lebensversicherungsgesellschaft, die nach luxemburgischen Recht gegründet wurde und im Handels- und Firmenregister von Luxemburg unter der Nr. B51753 eingetragen ist.

Sitz: Building Elise, 21, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, Luxemburg.

Telefon +352 26 642 1 Fax +352 26 642 650 E-Mail lux.info@zurich.com Website www.zurich.lu.

USt-IdNr. LU 1660 2944.

Zurich Eurolife S.A. unterliegt dem Recht von Luxemburg und wird von der allein zuständigen Versicherungsaufsichtsbehörde von Luxemburg, dem Commissariat aux Assurances (7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, Luxembourg) beaufsichtigt.