Antrag auf Unfallversicherung
NV Unfall**67plus**

NV-Versicherungen
Alles bestens.

E-Mail: info@nv-online.de | Fax: 0 49 74 / 93 93 - 494

Antragsteller

☐ Frau ☐ Herr ☐ Eheleute ☐ Divers

☐ **Neu** ☐ **Änderung**

Nachname

Mitglied-Nr.

Vorname

Versicherungsbeginn (mittags, 12:00 Uhr)

Versicherungsablauf (mittags, 12:00 Uhr)

Straße, Haus-Nr.

Telefon

Postleitzahl, Wohnort

E-Mail

Geburtstag

Staatsangehörigkeit

Vertragsdauer: Beträgt die Dauer mindestens 1 Jahr, so verlängert sich der Vertrag stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.

Nr.	Versicherte Person Vorname, Name	Geburtsdatum*	Weitere Unfallversicherungen	Gesellschaft	Policennummer
1			☐ Ja ☐ Nein		
2			☐ Ja ☐ Nein		
3			☐ Ja ☐ Nein		
4			☐ Ja ☐ Nein		
5			☐ Ja ☐ Nein		

*bei Neuabschluss für Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres, maximal bis zum 89. Lebensjahr

Versicherte Person Nummer	1	2	3	4	5
Invaliditätssumme Euro					
Progression %					
Vollinvaliditätssumme Euro					
Todefallsumme Euro					
KHT+GG Euro					
Übergangsleistung Euro					
Unfallrente Euro					
- Assistance-Paket, - Rehabilitationspaket -Paket für Pflegeberatung und Pflegegradoptimierung	Inklusive	Inklusive	Inklusive	Inklusive	Inklusive
Zuschlag Altersstaffelung					
Nettobeitrag Euro					
Nettobeitrag gesamt Euro					

Folgende Leistungen gelten ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland:
Das Rehabilitationspaket, das Assistance-Paket und das Paket für Pflgeberatung und Pflegegradoptimierung

Der Mitwirkungsverzicht gilt **nicht** für versicherte Personen mit folgenden Vorerkrankungen:
- Multiple Sklerose
- Parkinson
- Glasknochenkrankheit

Bezugsberechtigt im Todesfall des Versicherungsnehmers

Name | Vorname | Geburtsdatum

Assistance-Pflege-Paket für Dritte

(inkl. Assistance-Paket, Rehabilitationspaket sowie Paket für Pflegeberatung u. Pflegegradoptimierung)

- wählbar, wenn mindestens eine Person Grundleistungen mitversichert
- Unfallbegriff muss nicht erfüllt sein
- ohne weitere Grundleistungen
- ohne Gesundheitsprüfung

Nr.	Versicherte Person Vorname, Name	Geburtsdatum	Assistance-Pflege-Paket
1			☐ 50,00 Euro
2			☐ 50,00 Euro
3			☐ 50,00 Euro
		Gesamt Netto	Euro

Zahlungsweise (Bei nicht jährlicher Zahlweise beachten Sie bitte die Mindestrate von 5 Euro)

☐ **Rechnung** ☐ **SEPA-Lastschriftmandat**

☐ **jährlich** ☐ **1/2-jährlich** (3% Zuschlag,12,75%*) ☐ **1/4-jährlich** (5% Zuschlag,14,10%*) ☐ **monatlich** (6% Zuschlag, 13,73%*, nur per Lastschrift möglich)

Geldinstitut | BIC des Kreditinstitus/ Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)

IBAN

Name,Vorname des Kontoinhabers | Unterschrift Kontoinhaber

*effektiver Jahreszins

Geschäftspartner:

Vermittlernummer

Nettobeitrag
Grundleistungen
(gemäß Zahlweise inkl. Zuschlag)
Euro

+Nettobeitrag
Zusatzpaket für Dritte
(gemäß Zahlweise inkl. Zuschlag)
Euro

+ 19 %Versicherungssteuer
Euro

Bruttobeitrag
(laut Zahlweise)
Euro

(Mindestrate 5 Euro)

Hatten Sie bisher eine Vorversicherung? ☐ Ja ☐ Nein

Vorversicherer (inkl. Policennummer)

gekündigt durch ☐ Versicherungsnehmer ☐ Versicherer

Gab es Vorschäden in den letzten 5 Jahren?

☐ Ja ☐ Nein

Notizen

Vorerkrankungen
(nur für Personen mit Grundleistungen)

1. Ist eine der zu versichernden Personen in einem Pflegegrad der gesetzlichen Pflegeversicherung?

Personen Nr. Pflegegrad 3 bis 5 nicht versicherbar

1	☐ Ja	☐ Nein
2	☐ Ja	☐ Nein
3	☐ Ja	☐ Nein
4	☐ Ja	☐ Nein
5	☐ Ja	☐ Nein

2. Ist eine der zu versichernden Personen in den letzten 5 Jahren aufgrund von Unfallereignissen oder Stürzen mindestens zweimal stationär behandelt oder ambulant operiert worden?

Personen Nr. Wenn ja, wer und weshalb?

1	☐ Ja	☐ Nein	_____
2	☐ Ja	☐ Nein	_____
3	☐ Ja	☐ Nein	_____
4	☐ Ja	☐ Nein	_____
5	☐ Ja	☐ Nein	_____

Bei nicht wahrheitsgemäßer Beantwortung der vorstehenden Fragen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, siehe "Verbraucherinformation 05/2023"

Ich möchte künftig von wichtigen Informationen profitieren

Telefon	☐ Ja	Brief	☐ Ja	E-Mail	☐ Ja
	☐ Nein		☐ Nein		☐ Nein

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten ausschließlich durch die NV-Versicherungen VVaG zu Zwecken der an mich gerichteten Werbung zu aktuellen Tarifen und Neuerungen gemäß den Bestimmungen der Datenschutzverordnung (DSGVO) erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden können. Die Kontaktaufnahme mit mir kann wie vorstehend ausgewählt erfolgen. Ich kann der Nutzung meiner Daten zu Werbezwecken durch die NV-Versicherungen VVaG jederzeit telefonisch unter 0 49 74 / 93 93 - 0, schriftlich an Ostfriesenstr.1, 26425 Neuharlingersiel oder per Mail an info@nv-online.de widersprechen.

Es gelten für die Unfallversicherung folgende Versicherungsbedingungen:
Allgemeine Unfallbedingungen AVB NV Unfall**67plus** (Stand 02/2023)

Mit dem Antrag habe ich die Verbraucherinformation 05/2023 erhalten, zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit dem Inhalt einverstanden. In dieser Anlage habe ich wichtige Informationen für den Vertrag erhalten. Alle weiteren Vertragsgrundlagen wie Satzung der NV, Versicherungsbedingungen, Produktinformationsblatt (IPID), Widerrufsbelehrung und Anschrift der Aufsichtsbehörde als zuständige Beschwerdestelle oder Ombudsmann habe ich ebenfalls erhalten oder werde diese mit Zusendung des Versicherungsscheins erhalten.

Ort, Datum	Vermittler	Antragsteller

Das Angebot wurde erstellt am: Angebotsnummer:

Schweigepflichtentbindungserklärung

Wichtige Hinweise

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 diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die NV daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt die NV 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. Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der NV 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
a) durch die NV selbst (unter 1.),
b) bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der NV (unter 2.)
c) und wenn der Vertrag nicht zustande kommt (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 NV

Ich willige ein, dass die NV die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der NV

Die NV verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

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

Die NV führt 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, in Teilen nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die NV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die NV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die NV erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann bei der NV angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die NV Ihre Einwilligung.

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

2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die NV Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die NV Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die NV aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die NV das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene 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 die NV 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 NV tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die NV gibt 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 NV meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt 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, speichert die NV 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 NV 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 speichert und nutzt.

Die Hinweise zur Schweigepflichtentbindung habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Datum

Unterschrift

Verbraucherinformation 05/2023

NV-Versicherungen
Alles bestens.

Wichtiger Hinweis
Der Vermittler berät Sie bei Abschluss des Vertrages. Er ist zur Entgegennahme mündlicher Erklärungen und Angaben nicht bevollmächtigt, und zwar weder vor noch nach Vertragsschluss. Sämtliche Erklärungen und Angaben sind daher schriftlich niederzulegen. Durch den Abschluss dieser Versicherung werden Sie Mitglied der NV-Versicherungen VVaG.

Vorläufiger Versicherungsschutz
Eine erteilte vorläufige Deckungszusage tritt rückwirkend außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen, der Versicherungsbeitrag aber nicht innerhalb von 2 Wochen nach Ablauf der Widerrufsfrist gezahlt wird, und der Versicherungsnehmer diese Verspätung zu vertreten hat. Übt der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht aus, so erlischt die vorläufige Deckung ebenfalls. Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckungszusage mit einer Frist von zwei Wochen schriftlich oder per E-Mail zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall der auf die Zeit des Versicherungsschutzes anfallende Beitrag.

Widerrufsbelehrung nach § 8 VVG
Abschnitt 1:
Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise
Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen der Versicherungsschein; die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen; diese Belehrung; das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
NV-Versicherungen VVaG
Ostfriesenstraße 1 I 26425 Neuharlingersiel
Fax: 0 49 74 / 93 93 499 I E-Mail: info@nv-online.de

Widerrufsfolgen
Im Falle eines wirksamen Widerrufes endet Ihr Versicherungsschutz und wir haben Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Der Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Der Betrag errechnet sich nach der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestand, multipliziert mit 1/360 des Jahresbeitrags oder 1/180 des Halbjahresbeitrags oder 1/90 des Vierteljahresbeitrags oder 1/30 des Monatsbeitrags. Zurückzuzahlende Beträge haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erstatten.
Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogenen Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.
Besondere Hinweise
Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.
Abschnitt 2:
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen
Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt. Wir haben Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:
1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin und einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. Angaben zur Laufzeit des Vertrages
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
14. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.
ENDE der Widerrufsbelehrung

Einwilligungserklärung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)
Diese Einwilligung gilt nur, wenn Sie bei Antragstellung vom Inhalt der Datenschutzerklärung der NV-Versicherungen VVaG Kenntnis nehmen konnten, die auf der Homepage der Gesellschaft unter www.nv-online.de/unternehmen/datenschutz.html veröffentlicht ist.
Sofern Sie keinen Zugang zum Internet haben, wird Ihnen diese Erklärung auf Antrag zu dem für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehenen Zeitpunkt in gedruckter Form überlassen.

SEPA-Lastschriftmandat
Hiermit ermächtigen Sie den NV-Versicherungen VVaG, 26425 Neuharlingersiel, die fälligen Versicherungsbeiträge von Ihrem Konto per Lastschrift einzuziehen. Das SEPA-Lastschriftmandat können Sie jederzeit widerrufen.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht
Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?
1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes
Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
2. Kündigung
Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertraglichen Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
3. Vertragsänderung
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrenumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden wir die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Gefahrenabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung schriftlich kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.
4. Ausübung unserer Rechte
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrenumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für die Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.
5. Stellvertretung durch eine andere Person
Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.