

Umsókn / Antrag

Söfnunarlífeyristrygging /

*Rentenversicherung mit aufgeschobener
Rentenzahlung*

Vátryggingarumboðsmaður / Vermittler

Móttekið af samstarfsaðila / aufgenommen durch Partner	Starfsmaður / Mitarbeiter	Stimpill / Stempel
Póstfang / Adresse		
Sími / Telefon		
Netfang / Email		

Umsókn / Antrag

um söfnunarlífeyrstryggingu / für eine Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung

Vinsamlega notið prentstafi (enga stimpla) og krossið í viðeigandi reit / Bitte in Blockschrift ausfüllen (keine Stempel verwenden) und zutreffendes Kästchen ankreuzen.

Tryggingarnúmer Versicherungsnummer
LV - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Vinnuveitandi / Arbeitgeber

Fyrirtæki / Firma	
Kennitala	
Gata, húsnúmer / Straße, Hausnummer	
Frekari upplýsingar um aðsetur, ef við á / Sonderzeile für Adressenergänzung	
Póstnúmer / Postleitzahl	Staður / Ort

Launþegi (tryggingartaki greiðsluþegi og tryggð) / Arbeitnehmer (Versicherungsnehmer und versicherte Person) Fr / Frau Hr / Mann

Fullt nafn / Vorname, Name			
Kennitala			
Gata, húsnúmer / Straße, Hausnummer			
Frekari upplýsingar um aðsetur, ef við á / Sonderzeile für Adressenergänzung			
Póstnúmer / Postleitzahl	Staður / Ort	Sími / Telefon	
Fæðingardagur / Geburtsdatum	Fæðingarstaður / Geburtsort	Ríkisfang / Staatsangehörigkeit	Netfang / Email

Tryggingafélag / Versicherer

Bayern-Versicherung Lebensversicherung Aktiengesellschaft, Maximilianstraße 53, 81535 München – aðili að tryggingasamstæðunni Versicherungskammer Bayern / ein Unternehmen der Versicherungskammer Bayern.

Bótaréttur / Bezugsrecht

- Hinn tryggð er frá upphafi rétt á öllum tryggingargreiðslum / Für sämtliche Versicherungsleistungen ist die versicherte Person ab Beginn bezugsberechtigt.
 Tryggingargreiðslur vegna andláts eru greiddar löglegum erfingjum / Leistungen im Todesfall werden an die gesetzlichen Erben bezahlt.

Tryggingarupplýsingar / Versicherungsdaten

Með ráðstöfunarrétti / mit Abrufoption

Upphaf / Beginn
01.

kl. 12 á hádegi / 12 Uhr mittags

Væntanlegt upphaf lífeyrisgreiðslna (í lok sveigjanlega lífeyristökutímans) / Voraussichtlicher Rentenbeginn (Ende Abrufphase)

01.01.

Lok iðgjaldagreiðslna / Ende Beitragszahlungsdauer

01.01.

Ráðstöfun hlutdeildar í arði / Überschussverwendung

- Bónus / Bonus InvestmentKonzept / InvestmentKonzept

Regluleg iðgjöld / Regelbeitrag

Greiðsluþegi greiðir Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG mánaðarlegt iðgjald fyrir söfnunarlífeyrstryggingu eins og hér segir (valkostir): / Der Leistungsempfänger zahlt einen monatlichen Beitrag für eine Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung an die Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG im Umfang von (alternativ):

- 4 % af brúttólaunum / des Bruttogehaltes
 % af brúttólaunum (hámark 4 %) / des Bruttogehaltes (max. 4 %)
 ISK (föst upphæð; svarar til 4 % af brúttólaunum að hámarki) / (fester Betrag; entsprechend max. 4 % des Bruttogehaltes)

Núverandi heildarmánaðalaun (brúttólaun) /
Aktuelles monatliches Bruttogehalt

<input type="text"/>	,	ISK	<input type="text"/>
----------------------	---	-----	----------------------

gengi / Wechselkurs

Í upphafi svarar þetta til mánaðarlegs iðgjalds að upphæð /
Das entspricht anfänglich einem monatlichen Regelbeitrag von

<input type="text"/>	,	evrur / Euro
----------------------	---	--------------

Við endanlegan útreikning iðgjaldsins geta komið fram smávægileg frávik vegna þess að tölur eru rúnnaðar af. Ég, undirritaður tryggingartaki, lýsi mig samþykkan þessu. Grundvöllur samningsins er heildariðgjaldið / Bei der endgültigen Berechnung des Beitrages können sich geringfügige Rundungsabweichungen ergeben. Damit bin ich, der unterzeichnete Versicherungsnehmer, einverstanden. Vertragsgrundlage ist der Gesamtbruttobeitrag.

Yfirlýsing / Erkláring

Tryggingartaki staðfestir með undirritun sinni / *Der Versicherungsnehmer bestätigt durch nachfolgende Unterzeichnung:*

- að iðgjöldin, sem eru greidd í samræmi við samkomulagið, verða notuð til að byggja upp söfnunarlífeyrstryggingu og viðbótartryggingarvernd í samræmi við 5. gr. reglugerðar nr. 698/1998 um ráðstöfun iðgjalds til söfnunarlífeyrstryggingar og viðbótartryggingarverndar og að iðgjöldin verða greidd í samræmi við ákvæði samningsins til Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG í Þýskalandi og ávöxtuð í evrum / *dass die vereinbarungsgemäß gezahlten Beiträge zum Aufbau einer Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung und für privates Vorsorgesparen gemäß Artikel 5 der Durchführungsvorschrift Nr. 698/1998 über die Verwendung der Beiträge zum Aufbau einer Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung und privates Vorsorgesparen dienen und die Beiträge gemäß den vertraglichen Vereinbarungen an die Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG Deutschland überwiesen und in Euro angelegt werden;*
- að ef til uppsagnar kemur er ekki um að ræða neinn rétt til að ráðstafa inneign eða réttindum / *dass bei Kündigung kein Recht auf Entnahme der Einlage oder der Ansprüche besteht;*
- að ef óskað er eftir að flytja inneignina til annars vörsluaðila er gildandi endurkaupsvirði hverju sinni en ekki heildarinneignin flutt yfir á hinn vörsluaðilann. / *dass bei gewünschter Übertragung auf ein anderes Anlageinstitut der jeweils gültige Rückkaufswert und nicht das vorhandene Deckungskapital an die andere Versorgungseinrichtung weitergeleitet wird.*
- að ef inneignin er tekin út þegar um er að ræða óvinnufærni fellur aðeins endurkaupsvirðið í gjalddaga og lífeyrstryggingin fellur niður / *dass bei Entnahme der Einlage im Falle der Invalidität lediglich der Rückkaufswert fällig wird und die Rentenversicherung erlischt;*
- að honum er ljóst að við upphaf tryggingarinnar getur endurkaupsvirðið verið lægra en hið innborgaða iðgjald í samræmi við skilmála Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG í Þýskalandi. / *dass er Kenntnis darüber hat, dass zu Beginn der Versicherung der Rückkaufswert entsprechend den Bedingungen der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG Deutschland geringer als die eingezahlte Einlage ausfallen kann.*
Tryggingartaki staðfestir enn fremur að hann hafi kynnt sér gildandi reglur um endurkaupsvirði / *Der Versicherungsnehmer bestätigt ferner, dass er die Regelungen zum Rückkaufswert zur Kenntnis genommen hat.*

Einnig staðfestir tryggingartaki að hann hafi fengið í hendur og kynnt sér / *Auch bestätigt der Versicherungsnehmer, dass er*

- almenna skilmála Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG fyrir söfnunarlífeyrstryggingu / *die Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG*
- sérstaka skilmála og samkomulag og ákvæði viðbótaryfirlýsingarinnar / *sowie die Besondere Bestimmungen und Vereinbarungen und die Bestimmungen der Zusatzzerklärung*
- upplýsingablað um gagnavinnslu og upplýsingar og ábendingar um skattalega meðferð / *Merkblatt zur Datenverarbeitung, Informationen und Hinweise zur steuerlichen Behandlung*

og að þessi gögn og upplýsingar eru hluti af tryggingarsamningnum / *erhalten und sich damit vertraut gemacht hat und diese Bestandteil des Versicherungsvertrages sind.*

Staðfestingar á ráðgjafar- og skráningarskyldu skv. þýskum lögum um tryggingarsamninga (VVG) / Bestätigungen zu Beratungs- und Dokumentationspflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Ráðgjafarskylda skv. 6. grein VVG / *Beratungspflicht gemäß § 6 VVG*

- Ég hef undirritað meðfylgjandi yfirlýsingu um að ég óski ekki eftir ráðgjöf / *Ich habe eine Verzichtserklärung auf die Beratung unterzeichnet und beigelegt*
- Ég hef fengið í hendur skýrslu um mér veitta ráðgjöf / *Ich habe eine Beratungsdokumentation erhalten*

Upplýsingaskylda skv. 7. grein í þýskum lögum um tryggingarsamninga (VVG) / *Informationspflicht gemäß § 7 VVG*

- Ég hef undirritað meðfylgjandi sérstaka yfirlýsingu um upplýsingar um upplýsingaskyldu fyrir afhendingu váttryggingaryfirlýsingarinnar / *Eine gesonderte Erklärung zu den Informationen zur Informationspflicht vor Abgabe der Vertragserklärung habe ich unterzeichnet und beigelegt.*
- Ég fékk í hendur bæði almennar upplýsingar og viðbótarupplýsingar fyrir viðskiptavini ásamt almennum upplýsingum um þá aðaltryggingu sem ég valdi í tæka tíð áður en ég afhenti samningsyfirlýsinguna / *Ich habe die Allgemeinen und Ergänzenden Verbraucherinformationen einschließlich der Allgemeinen Bedingungen für die gewählte Hauptversicherung rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.*

Viðbótaryfirlýsing um sjóðbundna arðshlutdeild – InvestmentKonzept / *Zusatzzerklärung für fondsgebundene Überschussbeteiligung – InvestmentKonzept*

- Ég hef fengið upplýsingablaðið um sjóðbundna arðshlutdeild – InvestmentKonzept / *Das „Merkblatt für die fondsgebundene Überschussbeteiligung InvestmentKonzept“ habe ich erhalten*

Staður, dagsetning / Ort, Datum

Undirritun tryggingartaka /
Unterschrift des Versicherungsnehmers

X

Sé um að ræða umsókn fyrir ólögráða barn eða ungmenni: Undirskrift lögráðenda/lögráðanda /
Bei Anträgen von Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreters

Samykki um söfnun og notkun heilsufarsupplýsinga ásamt yfirlýsingu um þagnarskyldu (samykkis- og þagnarskylduyfirlýsing)

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung)

Texti samykis- og þagnarskylduyfirlýsingarinnar var vorið 2011 innihaldslega séð borinn undir samykki (þýska) gagnaverndareftirlitsins.

Der Text der Einwilligung-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Hugtakið „tryggingartaki“ merkir í eftirfarandi texta þann aðila sem ber tryggingaráhættuna, sem er það fyrirtæki sem tryggingartaki gerir tryggingarsamninginn við. Þessi áhættuáðili er Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG.

Die Bezeichnung „der Versicherer“ steht im nachfolgenden Text für den jeweiligen Risikoträger, d.h. das Unternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wird. Der Risikoträger ist die Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG.

Hvorki í ákvæðum laga um váttryggingarsamninga, þýskra gagnaverndarlaga né annarra fyrirmæla eða reglugerða um gagnavernd er að finna ótvíræðar lagalegar forsendur fyrir skráningu, úrvinnslu og notkun tryggingarfyrirtækja á upplýsingum um heilsufar váttryggjenda. Til þess að mega skrá og nýta heilsufarsupplýsingar þínar við úrvinnslu umsóknarinnar og frágang samningsins þurfum við, váttryggjandinn, af þessum ástæðum og samkvæmt gagnaverndarlögum að fá samykki þitt. Auk þess þurfum við að fá heimild þína um lausn frá þagnarskyldu til þess að mega fá heilsufarsupplýsingar þínar frá aðilum sem eru bundnir þagnarskyldu, eins og t.d. læknum. Sem líftryggingafyrirtæki þurfum við einnig að fá frá þér yfirlýsingu um lausn frá þagnarskyldu til þess að mega senda öðrum aðilum, t.d. tölvupjónustum, heilsufarsupplýsingar þínar eða aðrar upplýsingar sem eru lögverndaðar skv. 203. gr. almennra (þýskra) hegningarlaga (StGB), eins og t.d. þá staðreynd að tryggingarsamningur milli þín og okkar hefur verið undirritaður.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, der Versicherer, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Eftirtaldir samykis- og þagnarskylduyfirlýsingar eru nauðsynlegar bæði fyrir mat á umsókninni og vegna rökstuðnings fyrir samningnum og framkvæmdar hans eða slita. Ef þú afhendir ekki þessar yfirlýsingar er yfirlétt ekki hægt að ganga frá tryggingarsamningi.

Die folgenden Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei dem Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Áður nefndar yfirlýsingar viðkoma meðhöndlun bæði heilsufarsupplýsinga þinna og annarra upplýsinga sem eru lögverndaðar skv. 203. grein StGB

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

- af hálfu váttryggjandans sjálfs (sjá 1.),
- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- í tengslum við fyrirsöfnun þriðja aðila (sjá 2.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- við afhendingu upplýsinganna til annarra aðila en váttryggjandans (sjá 3.)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- ef samningurinn öðlast ekki gildi (sjá 4.).
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Þessar yfirlýsingar gilda fyrir alla þá sem hafa lögformlegt umboð þitt, t.d. börn þín, svo fremi sem þau bera ekki skyn á þýðingu þessarar yfirlýsingar og séu þar af leiðandi ekki fær um að gefa eigin yfirlýsingar.

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. Skráning, vistun og notkun váttryggjandans á heilsufarsupplýsingum sem þú hefur gefið honum / Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ég samykki að váttryggjandinn skrái, visti og nýti þær heilsufarsupplýsingar sem ég gef honum upp í þessum samningi og síðar að svo miklu leyti sem nauðsynlegt er bæði til mats á umsókninni og til rökstuðnings fyrir samningnum, framkvæmdar hans eða vegna slita samningsins.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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. Fyrirsöfnun þriðja aðila um heilsufarsupplýsingar / Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Fyrirsöfnun þriðja aðila um heilsufarsupplýsingar vegna áhættumats og prófunar á greiðsluskilyldu / Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Til þess að geta lagt mat á þá áhættuþætti sem tryggir gegn getur verið nauðsynlegt að fá upplýsingar frá aðilum sem hafa undir höndum upplýsingar um heilsufar þitt. Auk þess getur til að meta greiðsluskilyldu verið nauðsynlegt fyrir váttryggjandann að geta sannprófað þær heilsufarsupplýsingar sem þú hefur gefið upp til að rökstyðja greiðslukröfu eða til mats á upplýsingum sem koma fram á fylgigögnum með greiðslukröfunni (t.d. reikningum, vottorðum, lyfseðlum eða tilvísunum lækna) eða tilkynningum t.d. frá lækni eða starfsmanni annarrar heilbrigðisstéttar.

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Slik sannprófun fer því aðeins fram að nauðsyn krefji. Til þess þarf váttryggjandinn samykki þitt ásamt yfirlýsingu um lausn á þagnarskyldu fyrir sig og fyrir ofangreinda aðila ef til þess skyldi koma að nauðsynlegt sé vegna slíkra fyrirsöfnana að afhenda áfram heilsufarsgögn eða aðrar lögverndaðar upplýsingar samkvæmt 203. grein StGB.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Þú getur gefið þessar yfirlýsingar strax hér (I) eða síðar í hverju einstöku tilvik (II). Þú átt hvenær sem er rétt á að breyta ákvörðun þinni um slíkt samykki. Vinsamlegast veidu milli þessara tveggja möguleika:

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Vinsamlegast veidu / Bitte Auswahl treffen

Valkostur I (almenn lausn frá þagnarskyldu) / Möglichkeit I (Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht):

Ég lýsi hér með yfir samykki mínu til þess að váttryggjandinn – að svo miklu leyti sem nauðsynlegt er vegna áhættumats eða sannprófunar og mats á greiðslukröfu – megi fá upplýsingar um heilsufar mitt hjá læknum, hjúkrunarfólki, starfsfólki í sjúkrahúsum og öðrum sjúkrahúsum, hjúkrunarheimilum, líftryggjendum, sjúkrasamlögum, fagfélögum og yfirvöldum og nýta upplýsingarnar í þessu skyni.

Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ég leysi ofangreinda einstaklinga og starfsmenn nefndra stofnana undan þagnarskyldu sinni um þau heilsufarsgögn um skoðanir og rannsóknir, viðtöl og heilsu meðhöndlunir auk upplýsinga í tryggingarumsókn og -samningum, sem hafa verið vistuð á leyfilegan hátt á allt að tíu ára tímabili fyrir undirskrift tryggingarumsóknarinnar og sem verða afhent váttryggjandanum.

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 an den Versicherer übermittelt werden.

Ég lýsi einnig yfir samþykki mínu til þess að váttryggjandinn afhendi ofangreindum aðilum heilsufarsgögn mín – að svo miklu leyti sem þörf krefur – og leysi þess vegna einnig starfsfólk váttryggjandans undan þagnarskyldu sinni að svo miklu leyti sem viðkemur þessum gögnum.
Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.
Í hvert skipti sem aðgangur verður veittur að gögnum eins og að ofan er lýst verður mér tilkynnt um það, frá hverjum og í hvaða tilgangi þörf er á því að skrá og vista gögnin; einnig verður mér tilkynnt að ég geti borið fram andmæli og afhent nauðsynleg gögn í eigin persónu.
Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Valkostur II (lausn frá þagnarskyldu í einstökum tilvikum): / Möglichkeit II (Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall):

- Ég óska eftir því að váttryggjandinn tilkynni mér í hverju einstöku tilviki frá hvaða einstaklingum, stofnunum eða fyrirtækjum og í hvaða tilgangi þörf er á upplýsingum um mig. Þá ákveð ég í hverju einstöku tilviki
Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- hvort ég samþykki að váttryggjandinn fái og nýti heilsufarsupplýsingar mínar og leysi þá viðkomandi einstaklinga, stofnanir eða fyrirtæki ásamt starfsmönnum þeirra undan þagnarskyldunni og samþykki að þeir veiti váttryggjandanum aðgang að þessum upplýsingum
 - *in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige*
 - eða hvort ég afhendi nauðsynleg gögn í eigin persónu
 - *oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.*
- Mér er það ljóst að slíkt ferli getur leitt til seinkunar á afgreiðslu tryggingarumsóknarinnar eða mati á greiðslukröfunni.
Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Að svo miklu leyti sem ofanefndar yfirlýsingar varða tryggingarumsókn mína gilda yfirlýsingarnar í fimm ár eftir undirritun samningsins. Ef váttryggjandinn hefur eftir samningsgerð rökstuddar ástæður fyrir því að við samningsgerðina gætu af ásettu ráði hafa verið gefnar rangar eða ófullnægjandi upplýsingar sem skekki áhættumatið, halda yfirlýsingarnar gildi sínu þar til tíu árum eftir undirritun samningsins.
Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Yfirlýsingar varðandi andlát þitt / Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Til þess að meta greiðsluskyldu getur einnig eftir andlát þitt verið nauðsynlegt að sannreyna heilsufarslegar upplýsingar. Slíkt getur jafnvel verið óhjákvæmilegt þangað til allt að tíu árum eftir undirritun samningsins ef váttryggjandinn hefur rökstuddar ástæður fyrir því að við samningsgerðina gætu hafa verið gefnar rangar eða ófullnægjandi upplýsingar sem skekki áhættumatið. Einnig til þessa verðum við að fá yfirlýsingu þína um samþykki og lausn frá þagnarskyldu.
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 den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Ég samþykki að þriðju aðilar fái eftir andlát mitt nauðsynlegar heilsufarsupplýsingar mínar til að geta metið greiðslukröfu eða til að endurtaka mat á umsókninni eins og lýst er hér að ofan í fyrstu málsgreininni sem krossa má við (sjá 2.1. – Valkostur I).
Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Afhending heilsufarsupplýsinga þinna og annarra lögverndaðra gagna skv. 203. grein StGB til annarra aðila en váttryggjandans / Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Váttryggjandinn leggur þá samningsbundnu skyldu á eftirtalda aðila að þeir virði öll ákvæði laga og reglugerða um gagnavernd og gagnaöryggi.
Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Afhending gagna vegna læknisfræðilegs heilsuamats / Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Til þess að meta þá áhættuþætti sem tryggðir eru og til að sannreyna greiðsluskyldu getur verið nauðsynlegt að láta fara fram læknisfræðilegt heilsuamat. Váttryggjandinn þarf samþykki þitt ásamt yfirlýsingu um lausn frá þagnarskyldu ef til þess skyldi koma að heilsufarsgögn þin eða aðrar lögverndaðar upplýsingar samkvæmt 203. grein StGB verði sendar áfram til þriðja aðila. Þér verður tilkynnt um hverja slíka gagnasendingu.
Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ég samþykki að tryggingarsalinn sendi heilsufarsupplýsingar mínar til læknisfræðilegs mats að svo miklu leyti sem það er nauðsynlegt til að meta áhættu og greiðsluskyldu og að heilsufarsupplýsingar mínar verði nýttar þar að því marki sem þörf krefur og niðurstöðurnar sendar aftur til váttryggjandans. Hvað varðar upplýsingar um heilsufar mitt og önnur lögvernuð gögn skv. 203. grein StGB leysi ég hér með starfsfólk váttryggjandans og heilbrigðissérfræðinga undan þagnarskyldu sinni.
Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Flutningur verkefna til annarra aðila (fyrirtækja eða einstaklinga) / Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Váttryggjandinn sér ekki sjálfur um framkvæmd vissra verkefna sem geta krafist skráningar, úrvinnslu eða nýtingar á heilsufarsupplýsingum þínum – þar undir heyrir til dæmis áhættumat, úrvinnsla á greiðslukröfum og símaþjónusta við viðskiptavini – heldur felur hann annarri deild fyrirtækjasamstæðunnar eða öðru fyrirtæki innan hennar að framkvæma þessa þætti. Ef vegna þessara verkefna þarf að afhenda áfram lögverndaðar upplýsingar um þig sem falla undir 203. grein StGB þarf váttryggjandinn yfirlýsingu frá þér um lausn frá þagnarskyldu bæði fyrir sig og, að svo miklu leyti sem nauðsynlegt er, einnig fyrir aðra aðila.
Der Versicherer 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, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.
Váttryggjandinn færir og uppfærir stöðugt skrá fyrir þá aðila og flokka aðila sem samið hefur verið við um skráningu, úrvinnslu eða notkun á heilsufarsupplýsingum í þeim mæli sem þarf til að leysa þau verkefni sem þessum aðilum eru falin. Sú skrá sem nú er í gildi er í fylgiskjali með samþykkisyfirlýsingunni. Einnig er hægt að fá uppfærða skrá á netinu undir dienstleister.vkb.de eða hjá Versicherungskammer Bayern, Abteilung Datenschutz, 80530 München; netfang: datenschutz@vkb.de. Til þess að mega afhenda heilsufarsupplýsingar þínar áfram til notkunar af þeim aðilum sem nefndir eru í skránni þarf váttryggjandinn að fá samþykki þitt.
Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer 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 dienstleister.vkb.de eingesehen oder bei der Versicherungskammer Bayern, Abteilung Datenschutz, 80530 München; E-Mail: datenschutz@vkb.de, angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ég samþykki að váttryggjandinn afhendi þeim aðilum sem taldir eru upp í ofanefndri skrá og að skrá megi, vinna úr og nýta heilsufarsupplýsingarnar í þeim tilgangi sem að ofan er lýst í sama mæli og á sama hátt og váttryggjandanum er heimilt að nýta þær. Að svo miklu leyti sem nauðsyn krefur leysi ég starfsfólk tryggingasamstæðunnar og aðra nefnda aðila undan þagnarskyldu sinni hvað varðar afhendingu og nýtingu heilsufarsupplýsinganna og annarra lögverndaðra gagna skv. 203. grein StGB.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Afhending gagna til endurtryggjenda / Datenweitergabe an Rückversicherungen

Til þess að tryggja að hann geti staðið undir greiðslukröfum tryggingataka getur váttryggjandinn keypt endurtryggingar sem taka á sig áhættuna að nokkru eða öllu leyti. Í sumum tilvikum kaupa þessir endurtryggjendur aðrar endurtryggingar og veita einnig þeim endurtryggjendum aðgang að persónulegum gögnum þínum. Til þess að endurtryggjandinn geti sjálfur metið áhættuþætti eða tryggingartilvik er mögulegt að váttryggjandinn veiti honum aðgang að tryggingarumsókn þinni eða greiðslukröfu. Þetta kemur einkum til greina ef tryggingarupphæðin er óvenju há eða ef um er að ræða áhættu sem erfið er að meta og flokka.

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer 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 der Versicherer 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.

Auk þess er mögulegt að endurtryggjandinn veiti váttryggjandanum á grundvelli sérþekkingar sinnar aðstoð við áhættu- eða greiðslumat og við úttekt á vinnuferlum tryggingafélagsins.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Ef endurtryggjendur hafa tekið að sér áhættuþætti geta þeir kannað hvort váttryggjandinn hafi metið áhættu eða greiðslukröfu rétt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Auk þess verða upplýsingar um fyrirliggjandi samninga og umsóknir þínar afhentar endurtryggjendum að því leyti sem nauðsynlegt er til að þeir geti sannreynt hvort og í hvaða mæli þeir geti tekið þátt í áhættunni. Til þess að reikna út tryggingagreiðslur og bótakröfur má veita endurtryggjendum aðgang að gögnum um gildandi tryggingarsamninga.

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.

Í ofangreindum tilgangi eru notuð nafnlaus gögn eða gögn undir dulnefni, en þó einnig persónulegar upplýsingar um heilsufar.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Persónuleg gögn um þig nota endurtryggjendur eingöngu í þeim tilgangi sem að ofan er nefndur. Váttryggjandinn gerir þér viðvart ef til stendur að veita endurtryggjanda aðgang að heilsufarsgögnum þínum.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer unterrichtet.

Ég samþykki að heilsufarsgögn mín verði – í þeim mæli sem nauðsynlegur er – afhent endurtryggjendum sem nota þau í þeim tilgangi sem að ofan er nefndur. Að svo miklu leyti sem nauðsyn krefur leysi ég hér með starfsfólk váttryggjandans undan þagnarskyldu sinni hvað varðar upplýsingar um heilsufar mitt og önnur lögvernduð gögn skv. 203. grein StGB.

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 den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Gagnaskipti við gagna- og upplýsingakerfi fyrir þýska váttryggjendur (HIS) / Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Váttryggingakerfið notar gagna- og upplýsingakerfið HIS til að geta framkvæmt nákvæmara mat á áhættuþáttum og tryggingagreiðslum; þetta kerfi er nú sem stendur rekið af fyrirtækinu informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de). Um áhættuaukningu og vísbendingar sem gætu bent til tryggingarsvika getur váttryggjandinn tilkynnt HIS. Bæði váttryggjandinn og önnur tryggingafélög fletta upp gögnum í HIS til notkunar við mat á áhættuþáttum eða greiðslukröfum ef réttmæt ástæður eru fyrir hendi. Að visu er á þann hátt ekki veittur aðgangur að heilsufarsupplýsingum, en samt þarf váttryggjandinn að fá yfirlýsingu frá þér um lausn á þagnarskyldu til að mega afhenda áfram lögverndaðar upplýsingar samkvæmt 203. grein StGB. Þetta gildir óháð því hvort gengið hefur verið frá samningi við þig eða ekki.

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ég leysi hér með starfsfólk váttryggjandans undan þagnarskyldu sinni að svo miklu leyti sem það sendir viðkomandi rekstraraðila gagna- og upplýsingakerfis fyrir þýska váttryggjendur (HIS) gögn um mat á tryggingarumsókn eða tryggingargreiðslum.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Að því marki sem nauðsynlegt getur yrst fyrir mat á greiðsluskyldu er í HIS hægt að fá upplýsingar um váttryggjendur sem þú hefur áður átt samskipti við og sem gætu haft viðeigandi upplýsingar undir höndum. Hjá þeim er þá hægt að fá upplýsingar sem nauðsynlegar eru til nákvæmara greiðslumats (sjá töluð 2.1).

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziffer 2.1).

3.5. Afhending gagna til sjálfstæðra tryggingamiðlara / Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Váttryggjandinn gefur sjálfstæðum tryggingamiðlurum yfirlétt engar upplýsingar um heilsufar þitt. Hins vegar getur í eftirfarandi tilvikum komið til þess að tryggingamiðlurum verði veittur aðgangur að gögnum sem gætu gefið vísbendingar um heilsufar þitt eða að lögvernduðum upplýsingum um samning þinn sem falla undir 203. grein StGB. Að svo miklu leyti sem nauðsynlegt er til þess að veita ráðgjöf á grundvelli tryggingarsamningsins getur þinn tryggingamiðlari fengið upplýsingar um það hvort eða með hvaða skilyrðum (t.d. samþykki með áhættuálagi eða með því að undanþiggja vissa áhættuþætti) hægt er að samþykka tryggingarsamning þinn.

Der Versicherer 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.

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.

Sá tryggingamiðlari sem hafði milligöngu um tryggingarsamning þinn er látinn vita þegar og með hvaða innihaldi samningurinn hefur verið undirritaður. Þar á meðal fær hann að vita hvort samið var um áhættuálag eða hvort vissir áhættuþættir voru undanþegnir.

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 Risiken vereinbart wurden.

Ef þinn tryggingamiðlari hættir og/eða þú færð annan miðlara getur verið að nýi miðlarinn fái samningsgögn með upplýsingum um gildandi áhættuálag eða vissa undanþegna áhættuþætti. Við skipti frá einum tryggingamiðlara til annars verður þér tilkynnt um hugsanlega afhendingu heilsufarsupplýsinga þinna til nýja miðlarans auk þess sem þér verður kynntur andmælaréttur þinn.

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.

Ég samþykki að váttryggjandinn afhendi í ofangreindum tilvikum heilsufarsgögn mín og aðrar lögverndaðar upplýsingar sem falla undir 203. grein StGB verði – að svo miklu leyti sem nauðsyn krefur – afhentar þeim sjálfstæða tryggingamiðlara sem ég flyt til og að þessi gögn megi geymast, vistast og vera notuð við ráðgjöfina.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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.

4. Vistun og nýting heilsufarsgagna þinna ef samningurinn öðlast ekki gildi / Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Ef tryggingarsamningur þinn verður ekki undirritaður vistar váttryggjandinn þær heilsufarsupplýsingar sem gefnar voru vegna áhættumatsins og þær geymdar til þess að hægt sé að nota þær ef þú leggur síðar inn nýja tryggingarumsókn. Auk þess er hugsanlegt að váttryggjandinn skrifi athugasemd fyrir gagna- og upplýsingakerfið sem aðrir váttryggjendur sem leita upplýsinga gætu þá nýtt vegna eigin mats á áhættuþáttum og greiðslukröfum (sjá tölulíð 3.4.). Auk þess vistar váttryggjandinn gögn þín til að geta svarað hugsanlegum spurningum annarra váttryggjenda. Þessi gögn verða vistuð hjá váttryggjandanum og í gagna- og upplýsingakerfinu til loka þriðja almanaksárs eftir það ár sem tryggingarumsóknin var lögð inn á.

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass der Versicherer zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ég samþykki hér með að váttryggjandinn geti – ef samningurinn öðlast ekki gildi – vistað og notað heilsufarsgögn mín í þrjú ár frá enda þess almanaksárs sem tryggingarumsóknin var lögð inn á.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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.

Upplýsingar um afturköllun / Widerrufsbelehrung

Réttur til afturköllunar / Widerrufsrecht

Þú getur afturkallað samningsyfirlýsingu þína skriflega til baka innan 30 daga án þess að gefa upp ástæður (t.d. með bréfi, faxi eða í tölvupósti). Fresturinn hefst eftir að þú hefur fengið tryggingarskírteinið, samningsákvæðin ásamt almennu tryggingarskilmálanum, viðbótarupplýsingar skv. 1. og 2. mgr. 7. greinar þýskra laga um tryggingasamninga með vísan til 1.- 4. greina þýskrar tilskipunar um upplýsingaskyldu við gerð tryggingasamninga (VVG-Informationspflichtenverordnung) vegna laga um tryggingarsamninga og þessar upplýsingar – allt í skriflegu formi. Til að nýta réttinn til afturköllunar nægir að senda afturköllunina í tæka tíð.

Afturköllun skal senda til:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

Bayern-Versicherung Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Maximilianstraße 53
81535 München
Bréfsími: (089) 2160 – 2714
E-Mail: service@vkb.de

Afleiðingar afturköllunar / Widerrufsfolgen

Við gilda afturköllun samningsyfirlýsingar þinnar endar tryggingarverndin; hafir þú samþykkt að tryggingarverndin hefjist fyrir lok afturköllunarfrestsins greiðum við þér þann hluta tryggingargreiðslnanna sem er fyrir tímann eftir viðtöku afturköllunarinnar. Þeim hluta tryggingargreiðslnanna sem er fyrir tímann á undan viðtöku afturköllunar getum við í þessu tilviki haldið eftir, en þar er um að ræða þá upphæð sem tilgreind er í tölulið II. 3 undir upplýsingaskyldu skv. 1. og 2. grein tilskipunar um upplýsingaskyldu vegna laga um tryggingarsamninga. Endurkaupsverðið ásamt arðshlutdeild skv. 169. grein þýskra laga um tryggingarsamninga (VVG) greiðum við þér út. Þær fjárhæðir sem okkur ber að greiða þér færðu þegar í stað eða í síðasta lagi 30 dögum eftir viðtöku afturköllunarinnar. Ef tryggingarverndin hefst ekki áður en afturköllunarfresturinn er útrunninn hefur gild afturköllun þær afleiðingar að þér ber að endurgreiða tryggingargreiðslur sem þú hefur þegar veitt viðtöku sem og hugsanlegan ávinning (t.d. í formi vaxta).

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den in den Informationspflichten nach den §§ 1 und 2 der VVG-Informationspflichtenverordnung unter Ziffer II. 3. „Widerruf“ ausgewiesenen Betrag. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Sérstakar ábendingar / Besondere Hinweise

Réttur til afturköllunar fellur niður ef samningurinn hefur að skýlausri ósk þinni verið uppfylltur bæði af þér og okkur áður en þú hefur nýtt þér afturköllunarréttinn. / *Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.*

Áður en þú undirritar umsóknina er þér vinsamlega bent á að lesa „sérstaka skilmála og samkomulag“ ásamt viðbótaryfirlýsingu um þá söfnunarlífeyrstryggingu sem þú sækir um. Með undirritun þinni verða þessi ákvæði hluti af samningnum. / *Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Besonderen Bestimmungen und Vereinbarungen sowie die Zusatzklärung zur beantragten Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung. Diese Angaben werden mit Ihrer Unterschrift Vertragsbestandteil.*

Staður, dagsetning / Ort, Datum

Undirritun tryggingartaka /
Unterschrift des Versicherungsnehmers

X

Sé um að ræða umsókn fyrir ólögráða barn eða ungmenni: Undirskrift lögráðenda/lögráðanda /
Bei Anträgen von Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreters

Viðbótaryfirlýsing við söfnunarlífeyrstrygginguna sem sótt er um / Zusatzklärung zur beantragten Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung

- Mér, undirrituðum tryggingartaka, er kunnugt um að / *Mir, dem unterzeichneten Versicherungsnehmer, ist bekannt, dass*
- samningurinn fellur undir löggjöf Sambandslýðveldisins Þýskalands, einkum lög um váttryggingasamninga (VVG). Þú getur nálgast útdrátt úr ákvæðum VVG hjá váttryggingaumboðsmanni þínum / *auf den Vertrag das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung findet, insbesondere das Versicherungsvertrags-gesetz (VVG). Sie können einen Auszug aus den Bestimmungen des VVG von Ihrem Betreuer bekommen.*
 - samningstungumálið er þýska og skrifleg samskipti fara fram á þýsku; þýski textinn gildir framar þeim íslenska sé ósamræmi milli þeirra *die Vertragssprache Deutsch ist und der Schriftverkehr in Deutsch erfolgt; sollte es zwischen dem deutschen und dem isländischen Text Diskrepanzen geben, so ist der deutsche Text maßgebend.*
 - kröfur gegn Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG á grundvelli tryggingarsamningsins geta aðeins verið sóttar hjá viðeigandi dómstól þar sem fyrirtæki okkar hefur aðsetur. Að öðru leyti gilda viðeigandi ákvæði 19. gr. almennra skilmála um söfnunarlífeyrstryggingu *Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gegen die Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG nur bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden können. Im Übrigen gelten die betreffenden Regelungen in § 19 der Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung.*
 - ég get fyrir upphaf lífeyrisgreiðslna við lok hvers mánaðar sagt söfnunarlífeyrstryggingunni heild eða að hluta til upp á skriflegan hátt (sbr. 12. gr. almennra skilmála um söfnunarlífeyrstryggingu). Uppsögnina get ég lagt inn hjá Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG en einnig hjá þeim umboðsmanni sem sér um gerð tryggingarsamninganna fyrir Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG á þeim tíma þegar uppsögnin fer fram. *Ich die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung vor Beginn der Rentenzahlung zum Schluss des laufenden Monats ganz oder teilweise schriftlich kündigen kann (§ 12 der Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung). Die Kündigung kann ich gegenüber der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG, aber auch gegenüber dem für die Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG zum Zeitpunkt der Kündigung mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen betrauten Versicherungsvertreter erklären.*
 - fyrir söfnunarlífeyrstryggingu þarf að greiða samningskostnað og annan kostnað, sem er þegar innifalinn útreiknaða iðgjaldinu. Auk þess fellur til kostnaður vegna eftirlits með iðgjaldagreiðslum, yfirfærslu heildarinnegnar ef skipt er um veitanda viðbótar lífeyrstryggingar, útborgun umsaminna tryggingargreiðslna ásamt þar til heyrandi umsýslu og þjónustu framkvæmdri af því fyrirtæki sem við höfum falið að sjá um þessa þætti hverju sinni. *für die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung Abschlusskosten und weitere Kosten zu entrichten sind, die im kalkulierten Beitrag bereits enthalten sind. Darüber hinaus entstehen Kosten, die im Zusammenhang mit der Überwachung von Beitragszahlungen, der Übertragung von Vertragsguthaben im Fall eines Wechsels des Anbieters ergänzender Rentenversicherungen, der Auszahlung vertraglicher Versicherungsleistungen sowie damit zusammenhängender Hilfs- und Abwicklungstätigkeiten durch das jeweils von uns beauftragte Unternehmen anfallen.*
 - váttryggingarsamningurinn minn þarf að standa undir samningskostnaði og annars konar kostnaði sem er fyrirfram reiknaður inn í iðgjöldin. Þessi kostnaður er dreginn af hverri iðgjaldagreiðslu. Hann nemur 8,50 evrum á hverjar 100,00 evrur í iðgjöldum. Að auki eru mánaðarlega dregnar frá heildarinnegnin þessar tryggingar 0,03 evrur á hverjar 100,00 evrur í heildarinnegninni upp í kostnað. *für diesen Vertrag Abschlusskosten und weitere Kosten zu entrichten sind, die im kalkulierten Beitrag bereits enthalten sind. Diese Kosten bestehen aus einem einmaligen Betrag von 0,00 (Null) Euro. Die übrigen, im Beitrag bereits einkalkulierten Kosten, werden jedem Beitrag entnommen. Sie betragen 8,50 Euro pro 100,00 Euro Beitrag. Zusätzlich werden dem Deckungskapital (Vertragsguthaben) monatlich 0,03 Euro pro 100,00 Euro Deckungskapital (Vertragsguthaben) als Kosten entnommen.*
Ef sérstakar ástæður sem þú berð ábyrgð á valda okkur aukinni umsýslu getum við gefið út sérstakan reikning fyrir gjaldi sem nemur meðalkostnaði fyrir sams konar tilvik *Falls uns aus besonderen von Ihnen veranlassenen Gründen zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht, können wir die durchschnittlich entstehenden Kosten als Gebühr gesondert in Rechnung stellen.*
 - að með endurkaupsvirði er átt við heildarinnegnin mína á hverjum tíma. Ég er upplýstur um að endurkaupsvirði nær ekki fyrr en eftir tiltekinn tíma summu hinna greiddu iðgjalda, enda verða þau einnig að standa undir vissum kostnaðarlíðum. *Nánari upplýsingar um endurkaupsvirði er í 12. grein Almennra skilmála um söfnunarlífeyrstryggingu Rückkaufswert die Bezeichnung für mein jeweiliges Vertragsguthaben ist. Ich bin darüber informiert, dass der Rückkaufswert erst nach einem bestimmten Zeitpunkt die Summe der gezahlten Beiträge erreicht, da aus diesen auch bestimmte Kosten finanziert werden. Weitere Informationen zum Rückkaufswert sind unter Ziffer 12 in Allgemeine Bedingungen für eine Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung zu finden.*
 - ef nauðsynlegt reynist að þýða gögn verð ég að láta gera það á minn kostnað *Eventuell notwendige Übersetzungen werde ich selbst auf eigene Kosten veranlassen.*

Samkomulag um söfnunarlífeyrstryggingu á grundvelli íslenskra laga um lífeyrissjóði nr. 129/1997 á milli Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG, Maximilianstr. 53, 81535 München, og greiðsluþega

Vereinbarung über die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung im Rahmen des isländischen Pensionsfondsgesetzes Nr. 129/1997 zwischen Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG:

Fullt nafn / Vorname, Name	Fæðingardagur / Geburtsdatum
Kennitala	Gata, húsnúmer / Straße, Hausnummer
Frekari upplýsingar um aðsetur, ef við á / Sonderzeile für Adressenergänzung	
Póstnúmer / Postleitzahl	Staður / Ort

Með þessu samkomulagi skuldbindur greiðsluþegi sig til að greiða til langs tíma mánaðarleg iðgjöld til Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG og Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG skuldbindur sig til að sjá um tryggingagreiðslur til greiðsluþega.

Mit dieser Vereinbarung verpflichtet sich der Leistungsempfänger langfristig, seine monatlichen Beiträge an die Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG zu entrichten. Die Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG verpflichtet sich, die Auszahlung an den Leistungsempfänger vorzunehmen.

1. Ráðstöfun innborgaðra iðgjalda / Verwendung der Beiträge/Beitragszahlung

Greiðsluþegi samþykkir að iðgjöld hans verði notuð til að fjármagna söfnunarlífeyrstryggingu hjá Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG í Þýskalandi.

Der Leistungsempfänger willigt ein, dass sein Beitrag zur Finanzierung einer Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung bei der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG, Deutschland, verwendet wird.

A Launþegi / Arbeitnehmer

Greiðsluþegi hefur samið um það við vinnuveitanda sinn að framangreint reglulegt iðgjald hans verði dregið mánaðarlega af brúttolaunum hans og lagt, ásamt framlagi vinnuveitanda, inn á reikning **03 01-26-41 08 07** hjá Arion banka á Íslandi. / *Der Leistungsempfänger hat mit seinem Arbeitgeber vereinbart, dass der vorstehend genannte Beitrag monatlich von seinem Bruttogehalt einbehalten wird und zusammen mit dem Arbeitgeberanteil und der Zulage auf das Konto **03 01-26-41 08 07** bei der Arion Bank Island überwiesen wird.*

Greiðsluþegi tilkynnir vinnuveitanda um tilvist þessa samkomulags. Greiðsluþegi tilkynnir Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG um það ef hann skiptir um vinnuveitanda. Hann upplýsir nýja vinnuveitandann um tilvist samkomulagsins

Der Leistungsempfänger informiert seinen Arbeitgeber über diesen Vertragsabschluss. Der Leistungsempfänger teilt der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG einen Arbeitgeberwechsel mit. Er informiert den neuen Arbeitgeber über das Bestehen der Vereinbarung.

B Sjálfstætt starfandi einstaklingur/atvinnurekandi / Selbständiger/Unternehmer

Greiðsluþegi sér sjálfur um að greiða hið mánaðarlega iðgjald. Greiðslan er lögð inn á reikning **03 01-26-41 08 07** hjá Arion banka á Íslandi

Der Leistungsempfänger entrichtet den monatlichen Beitrag selbst. Die Zahlung erfolgt auf das Konto **03 01-26-41 08 07** bei der Arion Bank Island.

Samkomulagið kveður á um að greiðsluþegi greiði fyrsta iðgjaldið í síðasta lagi tveimur mánuðum eftir undirritun tryggingasamningsins, nema tryggingin taki gildi fyrir þann tíma. Tryggingariðgjaldið verður að hafa skilað sér til Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG í síðasta lagi á 10. degi þess mánaðar sem tryggingin tekur gildi. Gjaldddagi allra iðgjalda sem fylgja í kjölfarið (framhaldsiðgjalda) er í upphafi hvers umsamins tryggingartímabils.

Gemäß Vereinbarung zahlt der Leistungsempfänger den ersten Beitrag spätestens zwei Monate nach Abschluss des Versicherungsvertrages, es sei denn, der Versicherungsbeginn liegt vor diesem Zeitpunkt. Der Versicherungsbeitrag muss dann rechtzeitig, d.h. bis spätestens zum 10. des Monats des Versicherungsbeginns bei der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG eingegangen sein. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

Iðgjaldið er lagað að launum í upphafi hvers nýs gildistímabils tryggingarinnar. Greiðsluþegi eða, ef við á, vinnuveitandi hans, greiðir iðgjaldið til Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG. Iðgjaldið er lagt inn á tryggingarsamninginn umreiknað í evrur og að frádrögnum kostnaði. Réttihafi tryggingagreiðslna tekur á sig víska gengisáættu með því að fjárfesta í evrum. Ef gengi evrunnar lækkar að verðgildi miðað við gengi innlenda gjaldmiðilsins leiðir það til verðfalls á bótagreiðslum. Hækkad gengi evrunnar gagnarum innlenda gjaldmiðilnum getur aftur á móti leitt til aukins verðmætis bótagreiðslnanna.

Der Beitrag wird jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode an das Einkommen angepasst. Der Leistungsempfänger bzw. sein Arbeitgeber entrichtet den Beitrag an die Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG. Der Betrag wird nach Umrechnung in Euro und Abzug der Transaktionskosten dem Versicherungsvertrag entsprechend gutgeschrieben. Der Leistungsempfänger ist durch die Anlage des Kapitals in Euro einem Währungsrisiko ausgesetzt. Wenn der Devisenkurs des Euro gegenüber dem Devisenkurs der Inlandswährung an Wert verliert führt dies zu einem Wertverlust der Leistungen. Eine Steigerung des Devisenkurses des Euro gegenüber der Inlandswährung kann hingegen zu einer Wertsteigerung der Leistungen führen.

Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG hefur fallið fyrirtækinu Premium ehf. Siglufjörður í Reykjavík að annast tiltekna þjónustu, meðal annars eftirlit með og móttöku á iðgjaldagreiðslum og útborgun umsaminna tryggingargreiðslna. Greiðsla á iðgjaldaskuldum getur eingöngu farið fram með milligreiðslu á ofangreindan reikning hjá Arion Banka á Íslandi.

Premium ehf. Siglufjörður, Reykjavík, Island ist von der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG mit der Wahrnehmung von Serviceleistungen, unter anderem auch mit der Überwachung und Annahme von Beitragszahlungen und der Auszahlung vertraglicher Versicherungsleistungen, beauftragt. Beiträge können schuldbeitreitend ausschließlich auf das oben genannte Konto bei der Arion Bank Island überwiesen werden.

2. Valfrælsi varðandi greiðsluhátt skv. skilmálum / Bedingungsgemäßes Leistungswahlrecht

Ef greiðsluþegi deyr eftir að hann hefur farið töku lífeyris er samið óafturkallanlega um útborgun eftirstöðvanna.

Für den Fall des Ablebens nach Beginn der Rentenzahlung wird die Restkapitalauszahlung unwiderruflich vereinbart.

3. Gildistími samkomulagsins / Laufzeit der Vereinbarung

Samkomulagið er í gildi þar til greiðsluþegi hefur náð lífeyrisaldri, sem er 67 ár.

Die Vereinbarung bleibt so lange in Kraft, bis der Leistungsempfänger das Endalter 67 erreicht hat.

4. Lífeyrisréttindi/taka lífeyrisréttinda / Pensionsansprüche/Entnahme der Pensionsansprüche

Greiðsluþegi dölást réttindi í samræmi við innborguð iðgjöld og greiðslur sem kveðið er á um í tryggingarsamningi Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG. Í fyrsta lagi er hægt að hefja útborgun lífeyris þegar réttihafi er orðinn 60 ára. Lífeyrstryggingin er reiknuð sem ævilangar tryggðar lífeyrisgreiðslur.

Der Leistungsempfänger erwirbt Ansprüche gemäß den eingezahlten Beiträgen und den im Versicherungsvertrag der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG festgelegten Leistungen.

Die erste Entnahme kann erst ab Alter 60 erfolgen. Die Rentenversicherung ist als lebenslange garantierte Rentenzahlung konzipiert.

Ef óskað er að fá lífeyrisgreiðslur fyrir framangreindan aldur verður að sækja um þær a.m.k. þremur mánuðum fyrir þá lífeyristökubyrjun eða þann greiðsludag sem óskað er eftir. Flýttar lífeyrisgreiðslur eru einnig tryggðar og greiddar til æviloka.

Der Antrag auf vorzeitigen Rentenbezug muss mindestens drei Monate vor dem gewünschten Rentenbeginn bzw. Leistungszeitpunkt gestellt werden. Auch die Rentenzahlung wird als lebenslange garantierte Rentenzahlung erbracht.

Greiðsluþegi ákveður þremur mánuðum fyrir upphaf umsaminna lífeyristöku – og gildir það einnig þótt hann hafi flýtt lífeyristökunni – með hvaða hætti hann hyggst hafa töku lífeyrisins sem hann hefur safnað eða á eftir ónotaðan, þ.e. eftir vali í formi ævilangra lífeyrisgreiðslna eða útborgunar heildarinneignarinnar í einu lagi. Útborgun hlutagreiðslu kemur ekki til greina.

Der Leistungsempfänger entscheidet drei Monate vor Erreichen des jeweils maßgeblichen Rentenbeginns – auch wenn er von der vorzeitigen Entnahmemöglichkeit Gebrauch gemacht hat – über die Form der Entnahme der erworbenen bzw. verbleibenden Pensionsansprüche, wahlweise lebenslange Rentenzahlung oder einmalige Kapitalzahlung. Eine Teilkapitalauszahlung ist nicht möglich.

Lífeyrisgreiðslur Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG eru í evrum. Að auki fær greiðsluþegi hlutdeild í arði í samræmi við gildandi ákvæði í samningi hans, og er hún ákvörðuð árlega í tengslum við ársuppgjör Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG.

Eine Rentenzahlung der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG wird in Euro fällig. Zusätzlich beteiligen wir den Leistungsempfänger nach den für seinen Vertrag geltenden Bedingungen an den Überschüssen, die jährlich im Rahmen des Jahresabschlusses der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG festgestellt werden.

Ef hinn tryggði deyr renna greiðslurnar til erfingja hans í samræmi við ákvæði viðeigandi erfðalaga.

Stirbt der versicherte Person, werden die Leistungen nach den Bestimmungen des maßgeblichen Erbschaftsgesetzes an die Erben erbracht.

5. Uppsögn samkomulagsins / Kündigung der Vereinbarung

Aðeins er hægt að segja samkomulaginu upp samkvæmt 1. tölulið með tveggja mánaða uppsagnarfresti. Þetta hefur ekki áhrif á önnur ákvæði samkomulagsins. Uppsögnin skal vera skrifleg og undirrituð af greiðsluþega. Uppsögnin tekur gildi þegar sá aðili samkomulagsins sem hyggst segja því upp hefur gert hinum samningsaðilanum grein fyrir uppsögninni með sannanlegum hætti. Uppsögn veitir ekki rétt til að ráðstafa inneign eða réttindum.

Þetta gildir ekki ef sannanlega er um að ræða óvinnufærni (sjá 6. tölul. hér að neðan) eða framsal til annars vörsluaðila (sjá 7. tölul. hér að neðan).

Uppsögn hefur í för með sér að lífeyrstryggingin hjá Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG heldur gildi án iðgjaldagreiðslna.

Die Vereinbarung kann nur bezüglich Ziffer 1 unter Einhaltung einer zweimonatigen Kündigungsfrist beendet werden. Die übrigen Regelungen bleiben hiervon unberührt. Die Kündigung erfolgt schriftlich und ist vom Leistungsempfänger zu unterschreiben. Die Kündigung tritt in Kraft, wenn die kündigende Vertragspartei die andere Vertragspartei nachweislich von der Kündigung unterrichtet hat. Eine Kündigung verleiht kein Recht auf Entnahme der Einlage oder der Ansprüche. Dies gilt nicht bei nachgewiesener Berufsunfähigkeit (vgl. nachfolgende Ziffer 6) sowie Übertragung auf eine andere Versorgungseinrichtung (vgl. nachfolgende Ziffer 7). Eine Kündigung bedeutet, dass die Rentenversicherung bei der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG beitragsfrei fortgeführt wird.

6. Örorða / Invalidität

Ef greiðsluþegi verður óvinnufær getur hann, í stað þess að samningurinn haldi gildi án iðgjaldagreiðslna, krafist útborgunar endurkaupsvirðisins sem er fyrir hendi. Sé um 100% örorku að ræða fer útborgun endurkaupsverðisins að jafnaði fram með jöfnum árlegum greiðslum í 7 ár. Með útborgun endurkaupsvirðisins fellur lífeyrstryggingin niður. Færa skal sönnur fyrir óvinnufærni með því að leggja fram læknisvottorð í samræmi við gildandi lög hverju sinni.

Ist der Leistungsempfänger invalide, so kann er statt der beitragsfreien Fortführung der Rentenversicherung die Auszahlung des vorhandenen Rückkaufswertes verlangen. Bei 100% Berufsunfähigkeit wird dann der Rückkaufswert in der Regel in Form von gleichmäßigen jährlichen Zahlungen über einen Zeitraum von 7 Jahren gezahlt. Mit der Zahlung des Rückkaufswertes erlischt die Rentenversicherung. Die Berufsunfähigkeit ist durch eine ärztliche Bestätigung, basierend auf den aktuell gültigen Bestimmungen nachzuweisen.

7. Framsal og veðsetning lífeyrisréttinda eða uppsafnaðra lífeyrisréttinda / Übertragung und Verpfändung der Rentenansprüche bzw. Rentenanswartschaften

Framsal, veðsetning eða önnur ráðstöfun inneignar, lífeyrisréttinda eða uppsafnaðra lífeyrisréttinda á grundvelli þessarar tryggingar er ekki heimil nema greiðsluþegi og máki hans hafi gert með sér viðeigandi samkomulag.

Eine Übertragung, Verpfändung oder anderweitige Verfügung über die Einlage oder die Rentenansprüche bzw. Rentenanswartschaften aus dieser Rentenversicherung ist nicht gestattet.

Eftir skriflega uppsögn samkomulagsins getur tryggingartaki einnig látið flytja endurkaupsvirðið til annars vörsluaðila sem hefur viðtökuheimild skv. lögum nr. 129/1997 um skyldutryggingu lífeyrisréttinda og starfsemi lífeyrissjóða. Tryggingartaki ber sjálfur allan bankakostnað vegna þessa.

Auch kann der Versicherungsnehmer den Rückkaufswert nach schriftlicher Kündigung an ein anderes nach dem Gesetz Nr. 129/1997 über gesetzliche Rentenversicherung und Pensionsfonds zur Entgegennahme berechtigtes Anlageinstitut übertragen lassen. Die anfallenden Bankgebühren trägt der Versicherungsnehmer.

8. Annað / Sonstiges

Þetta samkomulag er gert á grundvelli laga nr. 129/1997 um skyldutryggingu lífeyrisréttinda og starfsemi lífeyrissjóða, reglugerðar nr. 698/1998 og ákvæða um framlög til frjáls lífeyrissparnaðar og viðbótartryggingaverrndar. Inneignin og greiðslurnar lúta ákvæðum laga. Auk þess gilda Almennir skilmálar Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG um söfnunarlífeyrstryggingar, sem eru óaðskiljanlegur hluti samkomulagsins við Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG, upplýsingablað um gagnavinnslu og upplýsingar og ábendingar um skattalega meðferð. Almennir skilmálar um söfnunarlífeyrstryggingar, Sérstakir skilmálar og samkomulag sem og ákvæði viðbótarlífeyringsarinnar eru grundvöllur samningsins við Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG.

Diese Vereinbarung wird auf Grundlage des Gesetzes Nr. 129/1997 über gesetzliche Rentenversicherungen und Pensionsfonds und der Durchführungsvorschrift Nr. 698/1998 sowie den Bestimmungen über Beiträge zu privatem Vorsorgesparen und ergänzenden Rentenversicherungen getroffen. Die Einlage und die Zahlungen unterliegen den gesetzlichen Vorschriften. Daneben gelten die Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG, die ein untrennbarer Bestandteil der Vereinbarung mit der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG sind, Merkblatt zur Datenverarbeitung, Informationen und Hinweise zur steuerlichen Behandlung. Die Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung sowie die Besondere Bestimmungen und Vereinbarungen und die Bestimmungen der Zusatzklärung bilden die Grundlage des Vertragsverhältnisses zur Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG.

Andstætt tryggingarskírteininu er hinn tryggði jafnframt tryggingartaki. Viljayfirlýsingar sem varða samninginn viðurkennum við eingöngu frá launþega eða sjálfstæðum.

Abweichend von dem Versicherungsschein ist die versicherte Person gleichzeitig Versicherungsnehmer. Wir erkennen ausschließlich vertragsbezogene Willenserklärungen des Arbeitnehmers/Selbständigen Unternehmers an.

Sérstakir skilmálar og samkomulag / Besondere Bestimmungen und Vereinbarungen

1. Samningsforsendur og gildandi lög /

Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Um trygginguna gilda þeir tryggingarskilmálar sem almennt gilda um þann tryggingarflokka sem sótt er um, og auk þess viðbótaryfirlýsingin vegna tryggingarinnar sem sótt er um í flokknum ARD1.

Þú færð afhent afrit af þessari tryggingarumsókn um leið og hún hefur verið undirrituð. Með þessari umsókn færðu þú afhenta tryggingarskilmálana og þær neyten-daupplýsingar sem lög mæla fyrir um.

Um samninginn gilda lög Sambandslýðveldisins Þýskalands.

Für die Versicherung gelten die für die beantragten Tarife maßgeblichen Versicherungsbedingungen und ergänzend die Zusatzklärung zur beantragten Versicherung nach Tarif ARD1.

Eine Durchschrift dieses Versicherungsantrags wird Ihnen sofort nach dessen Unterzeichnung ausgehändigt.

Die Versicherungsbedingungen und die gesetzlich vorgeschriebene Verbraucherinformation erhalten Sie mit diesem Antrag.

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

2. Yfirlýsing um samþykki skv. þýskum upplýsingalögum /

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ég samþykki að tryggingarsali láti fyrirtækjum sem hann felur að annast tiltekna þjónustu í té, að svo miklu leyti sem nauðsyn ber til, upplýsingar sem koma fram í umsóknargögnum eða við framkvæmd samningsins (einkum kennitölu mína, greiðslustöðu iðgjalda, heildariðgjald í einu lagi og persónulegar upplýsingar um vinnuveitanda minn, og, ef við á, skilgreinar frá honum). Afhending þessara gagna fer eingöngu fram til þess að fylgjast með og taka á móti iðgjaldagreiðslum, sjá um yfirfærslu heildarinneignar ef skipt er um veitanda söfnunarlífeyristryggingar, útborgun umsaminna tryggingargreiðslna ásamt þar til heyrandi umsýslu og þjónustu framkvæmdri af fyrirtækjum sem tryggingarsali hefur falið að sjá um þessa þætti fyrir sína hönd.

Ég lýsi yfir samþykki mínu til þess að þau fyrirtæki sem tryggingarsali gefur umboð þar til vísti á gagnamiðlum slíkar upplýsingar sem þau fá í hendur og noti þær eingöngu til að tryggja faglega gerð og góðan frágang á nefndri umsýslu og þjónustu. *Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung ergeben (insbesondere meine Kennitala, den Prämienstand, die Einzelpremie sowie die Person und eventuelle Zahlungsmittelungen meines Arbeitgebers), an Unternehmen übermittelt, die mit der Wahrnehmung von Serviceleistungen beauftragt sind. Die Übermittlung dieser Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der Überwachung und Annahme von Beitragszahlungen, der Übertragung von Vertragsguthaben im Fall eines Wechsels des Anbieters der Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung, der Auszahlung vertraglicher Versicherungsleistungen sowie der damit zusammenhängenden Hilfs- und Abwicklungstätigkeiten durch die vom Versicherer beauftragten Unternehmen.*

Ich willige ein, dass die vom Versicherer beauftragten Unternehmen die übermittelten Daten auf Datenträger speichern und ausschließlich zur ordnungsgemäßen Durchführung der genannten Aufgaben und Tätigkeiten nutzen.

Ég samþykki að fyrirtæki sem tryggingarsali hefur gefið umboð þar til láti fyrirtækjum sem falið er að sjá um tiltekna þjónustu, í té, að svo miklu leyti sem nauðsyn ber til, upplýsingar sem koma fram í umsóknargögnum eða við framkvæmd samningsins (einkum kennitölu mína, greiðslustöðu iðgjalda, heildariðgjald í einu lagi og persónulegar upplýsingar um vinnuveitanda minn, og, ef við á, skilgreinar frá honum). Afhending þessara gagna fer eingöngu fram til þess að fylgjast með iðgjaldagreiðslum, yfirfærslu heildarinneignar ef skipt er um veitanda söfnunarlífeyristryggingar útborgun umsaminna tryggingargreiðslna ásamt þar til heyrandi umsýslu og þjónustu framkvæmdri af fyrirtækjum sem falið hefur verið að sjá um þessa þætti fyrir hönd tryggingarsala.

Ég lýsi yfir samþykki mínu til þess að þau fyrirtæki sem til þess hafa fengið umboð vísti á gagnamiðlum slíkar upplýsingar sem þau fá í hendur og noti þær eingöngu til að tryggja faglega gerð og góðan frágang á nefndri umsýslu og þjónustu. *Ich willige ein, dass vom Versicherer beauftragte Unternehmen im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung ergeben (insbesondere meine Kennitala, den Prämienstand, die Einzelpremie sowie die Person und eventuelle Zahlungsmittelungen meines Arbeitgebers), an Unternehmen übermittelt, die mit der Wahrnehmung von Serviceleistungen beauftragt sind. Die Übermittlung dieser Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der Überwachung von Beitragszahlungen, der Übertragung von Vertragsguthaben im Fall eines Wechsels des Anbieters der Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung, der Auszahlung vertraglicher Versicherungsleistungen sowie der damit zusammenhängenden Hilfs- und Abwicklungstätigkeiten durch die beauftragten Unternehmen.*

Ich willige ein, dass die beauftragten Unternehmen die übermittelten Daten auf Datenträger speichern und ausschließlich zur ordnungsgemäßen Durchführung der genannten Aufgaben und Tätigkeiten nutzen.

Ennfremur lýsi ég mig samþykkan því að fyrirtækin sem tilheyra Tryggingasamtæðunni Bayern og fyrirtækið ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG megi skrá í sameiginlega gagnagrunna og afhenda ráðgjafa/ráðgjöfum mínum sem og fyrirtækjum sem er falið að annast tiltekna þjónustu, almennar upplýsingar sem koma fram í umsóknar-, samnings- og bótagögnum, að svo miklu leyti sem þær eru nauðsynlegar til að tryggja faglega gerð og góðan frágang á tryggingum mínum. Loks lýsi ég mig samþykkan því, án þess að það hafi áhrif á samninginn auk þess sem ég áskil mér rétt til riftunar hvenær sem er, að ráðgjafi minn/ráðgjafar mínir megi ennfremur nota almennar umsóknar-, samnings- og greiðsluupplýsingar mínar í tengslum við ráðgjöf og þjónustu við mig, einnig á sviði annarrar fjármálaþjónustu.

Þetta samþykki gildir því aðeins að ég hafi fengið Upplýsingablað um gagnavinnslu í tæka tíð fyrir afhendingu samningsyfirlýsingar minnar eða ef ég hef fyrir afhendingu samningsyfirlýsingarinnar undirritað og látið fylgja samningsyfirlýsingunni sérstaka yfirlýsingu um að ég óski ekki eftir fræðslu um upplýsingaskilyrði samkvæmt 7. gr. VVG (þýskra laga um tryggingarsamninga). Ábending: Eg hef hvenær sem er rétt á því að færast undan viðtölum vegna einstaklingsmiðaðrar upplýsingagjafar eða til könnunar á ánægju viðskiptavina.

Ich willige ferner ein, dass die zur Versicherungsgruppe Versicherungskammer Bayern gehörenden Unternehmen und die ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Berater sowie an Unternehmen, die mit Serviceleistungen beauftragt sind, weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Berater meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich das Merkblatt zur Datenverarbeitung rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten habe oder wenn ich vor Abgabe meiner Vertragserklärung eine gesonderte Verzichtserklärung zur Informationspflicht nach § 7 VVG unterzeichnet und beigefügt habe. Hinweis: Der Ansprache zum Zweck der kundenorientierten Produktinformation sowie der Optimierung der Kundenzufriedenheit kann ich jederzeit widersprechen.

3. Móttökufrestur / Annahmefrist

Við getum tekið við umsókn þinni innan sex vikna. Þessi tímafrestur hefst daginn sem umsóknin er gerð.

Wir können Ihren Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung.

4. Greiðslur þegar um er að ræða niðurfellingu á iðgjaldagreiðslum, endurkaup eða tryggingarþurð / Leistungen bei Beitragsfreistellung, bei Rückkauf und im Versicherungsfall

Við útreikning iðgjaldsins er tekið tillit til kostnaðar sem verður til við gerð lífeyris-samningsins; hluti hverrar iðgjaldagreiðslu er notaður til að bera kostnaðinn. Samningskostnaður skal takmarkast við 4% af hverri iðgjaldsgreiðslu. Samningskostnaðurinn er ekki gjaldfærður samkvæmt Zillmeraðferðinni. Ef þess er óskað veitum við upplýsingar um fjárhæð iðgjaldafria lífeyrisins og endukaupsverðsins. *Die durch den Abschluss der Rentenversicherung entstehenden Kosten sind bei der Kalkulation des Versicherungsbeitrags berücksichtigt; dabei wird ein Teil eines jeden Beitrags für die Kostentragung verwendet. Die Abschlusskosten sind auf 4% eines jeden Beitrags beschränkt. Eine Verrechnung der Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren findet nicht statt. Die Höhe der beitragsfreien Rente und des Rückkaufswertes werden wir Ihnen auf Anfrage mitteilen.*

5. Eftirlitsstofnun okkar / Unsere Aufsichtsbehörde

Ef spurningar vakna eða vandamál koma upp skaltu vinsamlega snúa þér til ráðgjafa þins eða beint til okkar. Auk þess stendur þér til boða að leita til fjármálaeftirlits Þýskalands (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht). *Bei Fragen, Problemen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte an Ihren Berater oder direkt an uns. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht einzuschalten.*

Hafa má samband við / die Kontaktadresse lautet:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Postfach 1308, D-53003 Bonn

Fax: +49 (0)228 4108-1550

Netfang: poststelle@bafin.de

6. Milligangaumboðsmanns / Ombudsmannverfahren

Fyrirtæki okkar er meðlimur í félaginu Tryggingarumboðsmaður (Verein Versicherungsombudsmann e.V.), pósthólf 080632, 10006 Berlín. Umboðsmaðurinn leitar sátta í deilum við tryggingarfélög ef deiliverðmætið er allt að 100.000 evrur. Þegar þú hefur komið kröfum þínum á framfæri við okkur getur þú haft samband við umboðsmanninn á óformlegan hátt með pósti, síma eða tölvupósti. Aðstoð hans er ókeypis og án skuldbindinga. Akvarðanir hans eru bindandi fyrir tryggingarsalann ef verðmæti þess sem ágreiningur er um er ekki meira 10.000 evrur.

Unser Unternehmen ist dem Verein Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin beigetreten. Der Ombudsmann schlichtet Streitigkeiten mit Versicherungsunternehmen bis zu einem Gegenstandswert von 100 000 Euro. Nachdem Sie Ansprüche bei uns geltend gemacht haben, können Sie den Ombudsmann formlos, per Post, Telefon oder E-Mail ansprechen. Das Verfahren ist für Sie kostenlos und unverbindlich. Der Versicherer ist an Entscheidungen bis zu 10 000 Euro gebunden.

Hafa má samband við / die Kontaktadresse lautet:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Sími: + 49 (0) 30 20 60 58 99

Fax: + 49 (0) 30 20 60 58 98

Netfang: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

7. Frávik frá almennum skilmálum fyrir söfnunarlífeyristryggingu / Abweichungen von den Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung

Almennir skilmálar fyrir söfnunarlífeyristrygginguna verða hluti af samningi þess-um nema eftirfarandi viðbótaryfirlýsing um lífeyristrygginguna sem sótt er um kveði á um annað og gilda ákvæði hennar þá framar hinum almennu skilmálum. Sérstaklega er bent á að ákvæðið í 3. mgr. 7 greinar Almennra skilmála fyrir söfnunarlífeyristryggingu gildir ekki um samning þennan.

Die Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung werden Vertragsinhalt, soweit sich aus der nachfolgenden Zusatzklärung zur beantragten Rentenversicherung nicht etwas anderes ergibt; in diesem Fall hat die Zusatzklärung Vorrang gegenüber den Allgemeinen Bedingungen. Es wird besonders darauf hingewiesen, dass die Bestimmung in § 7 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung für diesen Vertrag nicht gilt.

Yfirlit um þjónustuveitendur / Übersicht Dienstleister

(skv. tölulíð 3.2 í samþykkyfirlýsingunni) / (nach Ziff. 3.2. der Einwilligungserklärung)

Auðkenning/flokkur / Firmenbezeichnung/Kategorie	Starfssvið / Tätigkeitsgebiet
<p>Í fyrirtækjasamstæðunni eru eftirtalin fyrirtæki, sem veita hvert öðru ýmsa þjónustu <i>Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Versicherungskammer Bayern Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts</i> ▪ <i>Bayerische Landesbrandversicherung AG</i> ▪ <i>Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft</i> ▪ <i>Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG</i> ▪ <i>Bayerische Beamtenkrankenkasse AG</i> ▪ <i>Union Krankenversicherung AG</i> ▪ <i>Union Reiseversicherung AG</i> ▪ <i>Versicherungskammer Bayern Konzern Rückversicherung AG</i> ▪ <i>SAARLAND Feuerversicherung AG</i> ▪ <i>SAARLAND Lebensversicherung AG</i> ▪ <i>Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG</i> ▪ <i>Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG</i> ▪ <i>Ostdeutsche Versicherung AG (OVAG)</i> ▪ <i>Pensions-Management GmbH</i> ▪ <i>Versicherungskammer Bayern Pensionskasse AG</i> ▪ <i>Bavaria Versicherungs-Vermittlungs GmbH</i> ▪ <i>Consal-Makler-Service GmbH</i> ▪ <i>Consal-Service-Gesellschaft mbH</i> ▪ <i>Consal-Versicherungsdienste GmbH</i> ▪ <i>Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH</i> 	<p>Miðlæg afgreiðsla og vinnsla samstæðra verkefna. <i>Zentrale Abwicklung gleichartiger Aufgaben.</i> Undir þetta fellur t.d. sameiginleg gagnastjórnun (skráning, vinnsla og nýting gagna um viðskiptavini), sending og móttaka á pósti, afgreiðsla á fyrirspurnum viðskiptavina, peningagreiðslur og móttaka á greiðslum. <i>Dies umfasst z.B. die gemeinsame Datenhaltung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Kundendaten), Post Ein- und Ausgangsbearbeitung, Bearbeitung von Kundenanfragen, In- / Exkasso.</i></p>
Utanaðkomandi fyrirtæki / Externe Unternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Gesellschaft für angewandte Versicherungs-Informatik mbH</i> ▪ <i>Gesellschaft für innovative Versicherungs-software mbH</i> ▪ <i>Saarland Informatik Service GmbH</i> ▪ <i>OEV Online Dienste GmbH</i> ▪ <i>sonstige DV-Dienstleister</i> 	<p>Gagnavinnsla og gagnþjónusta / DV-Dienstleistungen</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Gutachter</i> 	<p>Gerð og sannprófun á læknisvottorðum, ráðgjöf <i>Erstellung und Überprüfung ärztlicher Gutachten, Beratung</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>ARVATO AG</i> 	<p>Umsýsla og afgreiðsla á ríkisframlagi til elliframfærslu (Riester-Rente) <i>Zulagenverwaltung und -abwicklung Riester</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Verband öffentlicher Versicherer – Deutsche Rückversicherung</i> ▪ <i>General Reinsurance AG</i> ▪ <i>Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG</i> 	<p>Endurtrygging / Rückversicherung</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>PKV Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.</i> ▪ <i>Info Partner KG</i> ▪ <i>Creditreform München</i> ▪ <i>Creditreform Saarbrücken Link & Maurer KG</i> 	<p>Rekstur upplýsingagagnabanka <i>Betreiben von Auskunftsdatenbanken</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Adress Research</i> 	<p>Uppfærsla á heimilisföngum / Adressenaktualisierung</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>COMPASS Private Pflegeberatung GmbH</i> ▪ <i>Deutsche Assistance Service GmbH</i> ▪ <i>RehaAssist Deutschland GmbH</i> 	<p>Aðstoðarþjónusta / Assistance-Leistungen</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Pro Tect Versicherung AG</i> ▪ <i>Cardif Allgemeine Versicherung</i> 	<p>Greiðslufallstrygging; sameiginleg þjónusta við viðskiptavini <i>Restkreditversicherung; Gemeinsame Betreuung von Kunden</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Combitel</i> 	<p>Þjónustumiðstöð / Service-Center</p>

GD	Fráv. f. aðaltrygg./ abw. HV	Aðaltrygg./viðbótartrygg./útibú HV/NV/Zweigstelle
24	5800	

Bayern-Versicherung
 Lebensversicherung Aktiengesellschaft
 Maximilianstraße 53, 81535 München
 Haus- und Paketanschrift:
 Wangauer Straße 30, 81539 München

Stjórn / Vorstand:
 Dr. Frank Walthes (formaður) / (Vorsitzender),
 Helmut Späth (varaformaður) / (stellvertretender Vorsitzender),
 Dr. Harald Benzing, Rainer Führhaupter, Dr. Robert Heene,
 Klaus G. Leyh, Barbara Schick, Dr. Stephan Spieleder
 Formaður eftirlitsstjórnar / Vorsitzender des Aufsichtsrats: Theo Zellner
 Skráning í fyrirtækjaskrá / Handelsregister: AG München HRB 123660
 Aðsetur / Sitz: München

**Yfirlýsing varðandi lög um aðgerðir gegn peningabætti – N /
Erklärung zum Geldwäschegesetz – N /
Auðkenning einstaklings / Identifizierung einer natürlichen Person**

**Tryggingarnúmer: (Færðu inn númerið) /
Versicherungsnummer: (Bitte Nr. angeben)**

1. Auðkenning einstaklingsins / Identifizierung der natürlichen Person

1.1 Persónusönnun („upplýsingar“) / Feststellung der Identität („Angaben“)

Kenninafn / Name		Eiginnafn (-nöfn) / Vorname(n)		Kennitala / Personenkennziffer
Fæðingardagur / Geburtsdatum	Fæðingarstaður / Geburtsort	Fæðingarland / Geburtsland	Ríkisfang / Staatsangehörigkeit	Annað ríkisfang / Weitere Staatsangehörigkeit
Skráð heimilisfang samkvæmt persónuskilríki / Meldeadresse lt. Ausweis				
Starf / Beruf		Atvinnugrein / Branche		

**1.2 Persónusönnun („staðfesting með því að leggja fram upprunalegt persónuskilríki“) /
Überprüfung der Identität („Nachweis“ mit vorgelegtem Original-Ausweisdokument)**

<input type="checkbox"/> Persónuskilríki / Personalausweis	Númer / Nummer	gildir til / gültig bis
<input type="checkbox"/> Vegabréf / Pass		
<input type="checkbox"/> Nafnskírteini / vegabréf / ID-Card / Ausweis		
Útgefið af embætti / Útgáfustaður / Ausstellende Behörde / Ausstellungsort		

2. Auðkenning samningsrétthafa ef við á / Identifizierung ggf. wirtschaftlich Berechtigter

Persónusönnun samningsrétthafa ef við á / Feststellung der Identität von ggf. wirtschaftlich Berechtigten („wB“)

Um er að ræða samningsrétthafa ef stofnað er til viðskiptasambands og/eða viðskipti fara fram fyrir hönd **annars aðila** eða ef þriðji aðili felur viðskiptavininum það (t.d. ef greiðandi eða framsalshafi er annar en viðskiptavinurinn).

Ein wB liegt vor, wenn die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und / oder die Transaktionen auf **fremde Veranlassung** erfolgen bzw. der Kunde hierzu von einem Dritten beauftragt wurde (z. B. abweichender Beitragszahler / Abtretungsgläubiger).

<input type="checkbox"/> JÁ, / JA,	Umboð eða beiðni gaf einstaklingur (ef fleiri en einn samningsrétthafi er fyrir hendi ert þú vinsamlegast beiðin/n að láta sérstaka „Yfirlýsingu um lög gegn peningabætti – N“ fylgja fyrir hvern samningsrétthafa) / die Veranlassung oder Beauftragung erfolgte durch eine natürliche Person (sofern mehrere wirtschaftlich Berechtigte, bitte für jeden wB eine separate „Erklärung zum Geldwäschegesetz – N“ beifügen):			
Kenninafn / Name		Eiginnafn (-nöfn) / Vorname(n)		Kennitala / Personenkennziffer
Tengsl við samningsaðila / Beziehung zum Vertragspartner				
Fæðingardagur og ár / Geburtsdatum	Fæðingarstaður / Geburtsort	Fæðingarland / Geburtsland	Ríkisfang / Staatsangehörigkeit	Annað ríkisfang / Weitere Staatsangehörigkeit
Skráð heimilisfang samkvæmt persónuskilríki / Meldeadresse lt. Ausweis				
Starf / Beruf		Atvinnugrein / Branche		
Vinsamlegast útskýrðu ástæður þess að viðskiptasambandið eða viðskiptin eru á vegum eða í umboði annars aðila (í stuttu máli) / Bitte erläutern Sie die Hintergründe, weshalb die Geschäftsbeziehung/Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt (kurzer Bericht)				

Yfirlýsing varðandi lög um aðgerðir gegn peningabætti – N / Erklärung zum Geldwäschegesetz – N

Auðkenning einstaklings / Identifizierung einer natürlichen Person

Tryggingarnúmer: (Færðu inn númerið) / Versicherungsnummer: (Bitte Nr. angeben)

- JÁ, / JA,** umboð eða beiðni gaf lögpersóna (til auðkenningar ert þú vinsamlegast beðin/n að láta einnig „Yfirlýsingu um lög gegn peningabætti – J“ fylgja, rétt útfyllta og óstytt) / die Veranlassung oder Beauftragung erfolgte durch eine juristische Person (bitte zur Identifizierung die „Erklärung zum Geldwäschegesetz – J“ zusätzlich vollständig ausgefüllt beifügen).
- NEI, NEIN,** enginn annar aðili stendur að baki eða hefur veitt umboð / es liegt keine fremde Veranlassung oder Beauftragung durch Dritte vor

Iðgjöldin greiðir vinnuveitandi minn / Beitragszahler ist der Arbeitgeber

Nafn / fyrirtæki / Name / Firma	Lagalegt form / Rechtsform
Skráningarnúmer / Registernummer	Póstfang aðseturs eða höfuðstöðva / Anschrift des Sitzes oder der Hauptniederlassung

Eru fyrir hendi einn eða fleiri **einstaklingar** sem eru raunverulegir eigendur eða ráðandi aðilar lögaðilans eða sameignarfélagsins sem auðkenna skal, þ.e. sem, (með eða án milliliða) eiga eða ráða yfir meira en 25% hlutafjár, atkvæða eða eigna lögaðilans eða sameignarfélagsins) eða fara í raun með þessi umráð? / Gibt es **natürliche Personen**, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle die zu identifizierende juristische Person/Personengesellschaft steht, d.h. hält oder kontrolliert jemand (mittelbar oder unmittelbar) mehr als 25 % der Kapitalanteile/der Stimmrechte/des Vermögens oder übt die faktische Kontrolle aus?

Upptalning allra einstaklinga sem (með eða án milliliða) eiga eða ráða yfir meira en 25% hlutafjár, atkvæða eða eigna / Benennung aller natürlichen Personen, die (mittelbar oder unmittelbar) mehr als 25 % der Kapitalanteile / der Stimmrechte / des Vermögens halten oder kontrollieren

Ef eitt eða fleiri fyrirtæki á hlut í þeim lögaðila eða því sameignarfélagi sem auðkenna skal, ert þú vinsamlegast beðin/n að gera nákvæma grein fyrir eignarhaldsforminu – gjarna með myndriti; einnig þarf fyrir **hvert einstakt** þessara fyrirtækja að fylgja sérstök „Yfirlýsing um lög gegn peningabætti – J“, óstytt og með fylgiskjöllum. / Sofern an der zu identifizierenden juristischen Person / Personengesellschaft eine oder mehrere Gesellschaften beteiligt sind, zeigen Sie bitte detailliert die Beteiligungsverhältnisse auf – gerne grafisch – und fügen für **jede** dieser Gesellschaften **jeweils** eine weitere „Erklärung zum Geldwäschegesetz – J“ vollständig inkl. Dokumenten bei.

	Kenninafn / Name	eiginnafn (-nöfn) / Vorname/n	fæðingardagur og ár / Geburtsdatum	kennitala / Personenkennziffer
<input type="checkbox"/> Samanlagðir hlutir í % / Summe Anteil in % _____	Nafn / Benennung: _____			
<input type="checkbox"/> Samanlagðir hlutir í % / Summe Anteil in % _____	Nafn / Benennung: _____			
<input type="checkbox"/> Samanlagðir hlutir í % / Summe Anteil in % _____	Nafn / Benennung: _____			
<input type="checkbox"/> Enginn einstaklingur á eða ræður (með eða án milliliða) yfir meira en 25% hlutafjár, atkvæða eða eignanna eða fer í raun með þessi umráð. / Keine natürliche Person hält bzw. kontrolliert (mittelbar oder unmittelbar) mehr als 25 % der Kapitalanteile, der Stimmrechte oder des Vermögens oder übt faktisch die Kontrolle aus.				

3. Fullgilding fjármögnunar / Plausibilisierung des Mittelerwerbs

Ef eingreiðsla er hærra en 25.000 evrur eða árlegar greiðslur hærra en 6.000 evrur förum við fram á upplýsingar um hvernig fjárins var aflað. Við áskiljum okkur rétt til að krefjast gagna til sönnunar. / Ab 25 000 Euro Einmalbeitrag bzw. 6 000 Euro Jahresbeitrag bitten wir Sie um Informationen, wie die Mittel erworben wurden. Die Einforderung von Nachweisen behalten wir uns vor.

Uppruni fjárins (gera skal grein fyrir því hvernig fjárins var upphaflega aflað) / Erwerbsquelle (bitte erläutern Sie, wie die Mittel ursprünglich erworben wurden):

Yfirlýsing varðandi lög um aðgerðir gegn peningabætti – N / Erklärung zum Geldwäschegesetz – N

Auðkenning einstaklings / Identifizierung einer natürlichen Person

Tryggingarnúmer: (Færðu inn númerið) /
Versicherungsnummer: (Bitte Nr. angeben)

4. Staðfesting á áberandi pólitísku hlutverki einstaklings (PEP) / Feststellung der PEP-Eigenschaft (PEP = Politisch exponierte Person)

Til einstaklinga í áberandi pólitísku hlutverki (PEP) telst einstaklingur með ákvörðunarvald í ríkismálum (t.d. þingmaður, ráðherra, ráðuneyttisgjafi eða forsætisráðherra), með setu í mikilvægum ríkisstofnunum (t.d. í hæstarétti, ríkisendurskoðun eða í stjórnun ríkisfyrirtækja), sendiráðherra, sendiherra eða hátt settur yfirmaður í hernum, einnig einstaklingur með fjölskyldutengsl eða önnur nán tengsl við slíkan einstakling í áberandi pólitísku hlutverki. / PEP = Entscheidungsbefugter auf Staatsebene (z. B. Parlamentsmitglied, Regierungsmitglied, Staatssekretär, Ministerpräsident), Mitglied in wichtigen staatlichen Organen (z. B. oberste Gerichte, Rechnungshöfe, Führungsorgane staatlicher Unternehmen), Botschafter, Geschäftsträger, hochrangiger Offizier der Streitkräfte, ein Familienmitglied oder Nahestehender dieser Personen.

Einstaklingur sem nefndur er í tl. 1 eða 2 er eða var í áberandi pólitísku hlutverki (PEP) í skilningi 1. tl. 2. mgr. 6. greinar GWG /
Eine der unter 1. oder 2. genannten Personen ist oder war politisch exponierte Person (PEP) im Sinne des § 6 Abs. 2 Nr. 1 GWG

Nei / Nein

Já / Ja – Vinsamlegast láttu fyrir hvern einstakling einnig fylgja „Yfirlýsingu varðandi lög um peningabætti – P“ /
Bitte für jede Person eine „Erklärung zum Geldwäschegesetz – P“ zusätzlich beifügen.

5. Staðfesting þess einstaklings sem auðkenna skal / Bestätigung der zu identifizierenden natürlichen Person

Hér með staðfesti ég að ofangreindar upplýsingar eru réttar, tæmandi og uppfærðar. Mér er kunnugt um það að ég ber samvinnu- og upplýsingaskyldu, einkum varðandi aðkomu þriðja aðila (6. og 7. mgr. 4. greinar sbr. 11 gr. GWG) og ber skylda til að tilkynna sjálf/ur þegar í stað um allar breytingar sem verða meðan starfs- eða viðskiptatengslin standa yfir. Afrit af þeim skjölum sem kunna að vera nauðsynleg til að sannprófa upplýsingarnar fylgja / Ich bestätige hiermit die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der o.g. Angaben. Mir ist bekannt, dass ich zu allen Angaben, insbesondere zur Beteiligung Dritter, eine Mitwirkungs- und Offenlegungspflicht habe (§ 4 Abs. 6, 7 GwG i.V.m. § 11 GwG) und sich im Laufe der Geschäftsbeziehungen ergebende Änderungen unverzüglich aktiv anzeigen muss. Die ggf. zur Überprüfung erforderlichen Dokumente habe ich in Kopie beigefügt.

Staður og dagsetning / Ort, Datum

Undirskrift / Unterschrift

6. Staðfesting umboðsmanns eða bankastofnunar / Bestätigung Vermittler oder Kreditinstitut

Ég staðfesti hér með að hafa skráð nauðsynlegar upplýsingar um þann einstakling sem auðkenna skal að honum sjálfum viðstöddum. Persónuupplýsingarnar hef ég sannreynt með samanburði við framlögð upprunaleg persónuskilríki. / Ich bestätige, die erforderlichen Angaben der zu identifizierenden Person in deren **persönlicher Anwesenheit** aufgenommen zu haben. Die Identität habe ich anhand vorgelegter Original-Dokumente **überprüft**.

Mér er ekki kunnugt um neitt sem gefur ástæðu til að efast um sannleiksgildi ofangreindra upplýsinga eða sem gæti bent til peningabættis eða fjármögnunar hryðjuverka / Mir liegen keine Anhaltspunkte vor, die die Richtigkeit der genannten Angaben in Frage stellen oder die auf Geldwäsche und/oder Terrorismusfinanzierung hindeuten.

Númer umboðsmanns / Vermittlernummer

Fullt nafn (í prentstöfum) / Name, Vorname in Druckbuchstaben und Stempel

Staður og dagsetning / Ort, Datum

Stimpill og undirskrift umboðsmanns / Stempel und Unterschrift des Vermittlers

Staður, dagsetning / Ort, Datum

Undirskrift / Unterschrift

ATHUGIÐ: Þótt gefnar séu ófullnægjandi upplýsingar er því miður ekki hægt að breyta þeim síðar! /

ACHTUNG: Bei unvollständigen Angaben darf leider keine Bearbeitung erfolgen!

Til þess að komast hjá fyrirspurnum viljum við biðja þig að vanda útfyllingu eyðublaðsins og láta öll nauðsynleg skjöl fylgja. /
Um Nachfragen zu vermeiden bitten wir Sie daher, das Formular sorgfältig auszufüllen und alle notwendigen Dokumente beizufügen.

Skýrsla um ráðgjöf um viðbótartryggingarvernd / Beratungsdokumentation zur privaten und ergänzenden Rentenversicherung

Viðauki við umsókn dags /
ergänzend zum Antrag vom _____

Tryggingarnúmer (ef við á) /
ggf. Versicherungsnummer _____

I. Samningsaðilar / Gesprächsteilnehmer

Viðskiptavinur / Kunde _____

Tryggingamiðlari / Vermittler _____

Dagsetning samtals / Datum des Gesprächs _____

II. Tilefni samtalsins er ráðgjöf um / Anlass des Gesprächs ist die Beratung über

- einkarekna lífeyristryggingu / fjármunamyndun / private Altersvorsorge / Kapitalbildung
- viðbótarlífeyristryggingu / fjármunamyndun skv. 10 grein laga nr. 129/1997 um skyldutryggingu lífeyrisréttinda og starfsemi lífeyrissjóða / ergänzende Altersvorsorge / Kapitalbildung nach Artikel 10 des Gesetzes Nr. 129/1997 über gesetzliche Rentenversicherungen und Pensionsfonds

III. Upplýsingar um viðskiptavin / Aktuelle Kundenangaben

sjá umsókn / siehe Antrag

IV. Niðurstaða ráðgjafar / Beratungsergebnis

Af þeim þjónustutilboðum sem til greina koma og í samræmi við upplýsingar/óskir viðskiptavinar með vísan til skilmálanna sem lýst er hér að neðan er mælt með því að ganga til samninga um eftirfarandi tryggingar /
Von den in Betracht kommenden Produkten wird nach den konkreten Angaben/Wünschen des Kunden und aufgrund der unten genannten Produktmerkmale empfohlen, einen Vertrag über folgende Versicherungen abzuschließen:

Aðaltrygging / Hauptversicherung

Lífeyristrygging / Altersvorsorge

- Einkarekin lífeyristrygging / private Rentenversicherung Skilmálar / Tarif FARDV
- Viðbótartryggingavernd / ergänzende Rentenversicherung Skilmálar / Tarif ARD1

Iðgjaldagreiðslur og ráðstöfun arðshlutdeildar fara fram eins og tilgreint er í umsókn /
Beitragszahlung und Überschussverwendung erfolgen gemäß Antrag.

Að auki gilda þær upplýsingar sem fram koma í umsókninni / Ergänzend gelten die Angaben im Antrag.

V. Ákvörðun viðskiptavinar / Kundenentscheidung

- er í samræmi við það sem mælt var með / entsprechend der Empfehlung
- er öðruvísi en mælt var með – sjá það tryggingarsvið sem sótt er um / abweichend – siehe beantragten Versicherungsumfang

Röksemdir fyrir því að sótt er um annað en mælt var með: / Begründung bei Abweichungen:

Helstu skilmálar / Tarifmerkmale

Skilmálar / Tarif FARDV

Söfnunarlífeyristrygging með ævilöngum lífeyrisgreiðslum, með eða án sveigjanlegs tryggðs lágmarkslífeyris, með sveigjanlegum lífeyristöku- og framlengingartíma og með möguleikum á viðbótar iðgjaldagreiðslum og úttekt heildarinneignar. Með sveigjanlegri og verðbólguþjáðri stýringu heildarfjárfestingarinnar bjóða Skilmálar FARDV upp á viðbótar ávöxtunarmöguleika á fjármálamarkaði og gera okkur einnig kleift að takmarka áhættuna á fjármálamarkaði í samræmi við umsamið tryggingarstig (Tryggingaraðili: Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG)

Altersvorsorge mit aufgeschobener, lebenslanger Rentenzahlung, mit oder ohne variable Mindestleistung, flexibler Abruf- und Verlängerungsphase, Kapitalentnahme- und Zuzahlungsmöglichkeit. Der Tarif FARDV eröffnet über eine dynamische Steuerung der Kapitalanlage die Teilnahme an zusätzlichen Ertragschancen am Kapitalmarkt und ermöglicht es gleichzeitig, die hierbei bestehenden Kapitalmarktrisiken über das versicherungsvertraglich festgelegte Sicherungsniveau zu begrenzen (Versicherer: Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG).

Skilmálar / Tarif ARD1

Söfnunarlífeyristrygging með ævilöngum lífeyrisgreiðslum og sveigjanlegu upphafi lífeyrisgreiðslna.

Altersvorsorge mit aufgeschobener, lebenslanger Rentenzahlung und flexiblem Rentenbeginn.