



ALTE LEIPZIGER

ZUKUNFT BEGINNT HEUTE.

- Renten- und Basisrentenversicherung
- Fondsgebundene Renten- und Basisrentenversicherung
- Berufsunfähigkeitsversicherung
- Lebensversicherung
- Risikoversicherung

Für eine sichere Zukunft.

Antrag oder Angebotsanforderung.

www.alte-leipziger.de

Antrag auf Abschluss einer Versicherung
 Anforderung eines Angebotes (siehe Rückseite Ziffer II.1.)

ALTE LEIPZIGER
 Lebensversicherung a.G.



ALTE LEIPZIGER

Verbund-Vermittler-Nr.	Vermittler	Versicherungsschein bzw. Angebot an <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Vermittler
------------------------	------------	---

Versicherungsnehmer (VN) **auch Versicherter (VT)** Herr Frau Firma * freiwillige Angabe

Titel, Vorname, Name _____
 Straße, Nr. _____
 PLZ, Ort _____ verheiratet ja nein
 Geburtsdatum, -name, -ort _____
 Telefon tagsüber* _____ Fax/E-Mail* _____
 Staatsangehörigkeit deutsch oder _____ AL-Berufsgruppe _____ Berufsstellung selbständig angestellt
 ausgeübter Beruf/Branche _____ überwiegend körperlich tätig ja nein
nur bei kaufmännischen Angestellten: Bruttoeinkommen im letzten Jahr über 40.000 EUR ja nein ausschließlich verwaltend/aufsichtsführend tätig ja nein

Erklärung nach dem Geldwäschebekämpfungsgesetz (Bitte immer ausfüllen!)

Der Versicherungsnehmer handelt für eigene Rechnung Rechnung eines Dritten (Vorname, Name, Anschrift) _____

Identifizierung des Versicherungsnehmers (nicht erforderlich bei Einzugsermächtigung durch VN oder bei betriebl. Altersversorgung bei Angabe des Beitragszahlungskontos)
 Personalausweis Reisepass Kopie - Vorder- und Rückseite - ist beigelegt (nicht weiter ausfüllen) gültig bis _____
 ausstellende Behörde, Ort _____ Ausweis-Nr. _____
 Zusätzliche Angabe von Vorname, Name und - soweit im Ausweis vorhanden - Anschrift, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit, wenn diese Ausweisdaten von den Daten im Abschnitt Versicherungsnehmer abweichen bzw. fehlen:

Versicherter (VT) **Mitversicherter (MV)** bei verbundene Leben Herr Frau * freiwillige Angabe

Titel, Vorname, Name _____
 Straße, Nr. _____
 PLZ, Ort _____ verheiratet ja nein
 Geburtsdatum, -name, -ort _____
 Telefon tagsüber* _____ Fax/E-Mail* _____
 Staatsangehörigkeit deutsch oder _____ AL-Berufsgruppe _____ Berufsstellung selbständig angestellt
 ausgeübter Beruf/Branche _____ überwiegend körperlich tätig ja nein
nur bei kaufmännischen Angestellten: Bruttoeinkommen im letzten Jahr über 40.000 EUR ja nein ausschließlich verwaltend/aufsichtsführend tätig ja nein

Mitversicherter (MV) bei Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung Herr Frau

Titel, Vorname, Name _____
 Geburtsdatum, -name _____

Versicherungsdaten siehe Anlage »Technische Daten« vom _____ **Bitte immer beifügen!**

Nachversicherung (nicht möglich, wenn Versicherter berufsunfähig ist) mit Ereignis ohne Ereignis zur Vers.-Nr. _____ Ereignis _____

Einzugsermächtigung (Bei fondsgebundenen Rentenversicherungen unbedingt erforderlich!) Konto für die fällige Rente
 Die ALTE LEIPZIGER Leben ist bis auf jederzeit möglichen Widerruf berechtigt, nach Zustandekommen des Versicherungsvertrages die Beiträge bei Fälligkeit von folgendem Konto abzubuchen: Beitragszahlungskonto (nur bei betriebl. Altersversorgung)

Konto-Nr. (kein Sparkonto) _____ Bankleitzahl _____ Vorname, Name, Anschrift Kontoinhaber, wenn nicht VN _____
 Name und Ort des Geldinstituts _____ Unterschrift Kontoinhaber, wenn nicht VN _____

Bezugsrecht (nicht bei Basisrentenversicherungen; nicht bei Direktversicherung – Zusatzantrag verwenden)
 Bezugsberechtigt ist im Versicherungsfall für Versicherungsleistungen einschließlich Überschüsse:

bei Ablauf der Versicherung bzw. Rentenbeginn und bei Berufsunfähigkeit <input type="checkbox"/> der Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> der Versicherte <input type="checkbox"/> der namentlich bezeichnete Empfänger, Geburtsdatum	bei Tod des Versicherten <input type="checkbox"/> der Mitversicherte <input type="checkbox"/> der Versicherungsnehmer, bzw. bei verbundene Leben der überlebende Versicherte <input type="checkbox"/> der Ehegatte, mit dem der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes verheiratet war <input type="checkbox"/> der namentlich bezeichnete Empfänger, Geburtsdatum
--	--

Betriebliche Altersversorgung Direktversicherung (Zusatzantrag ausfüllen) Bilanztermin _____ Eintritt in die Firma _____
 Rückdeckungsversicherung (Bilanztermin angeben)

Besondere Vereinbarungen

Angaben zur Risikobeurteilung des Versicherten (VT) **des Mitversicherten (MV)** bei verbundene Leben – 2. Antrag verwenden
 Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Die Gesellschaft kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen (siehe Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung). Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzureichen.

Besondere Gefahren und Versicherungsanträge bei anderen Gesellschaften

- Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit explosiven, radioaktiven oder anderen gefährlichen Stoffen, Wettfahrten, Flugsport, Paragliding, Fallschirmspringen, Ralting, Tauchsport, Kampfsport)?
 nein ja, welchen _____
- Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt von mehr als 3 Monaten außerhalb Europas?
 nein ja, wo, wann, wie lange _____

Blatt 1 für ALTE LEIPZIGER
 Blatt 2 für Vermittler
 Blatt 3 für Versicherungsnehmer

100750LE-ZGG
 pav 11 - 02.2008

- 3.1 Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits- bzw. Pflegeversicherungen oder sind solche beantragt? nein ja
- 3.2 Wurden **innerhalb der letzten 5 Jahre** Anträge zu erschwerten Bedingungen angenommen (z. B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse), zurückgestellt oder abgelehnt? nein ja
- Einzelheiten zu 3.1 und 3.2 (Art der Versicherung, Gesellschaft, Höhe und Erschwerung) _____

Zusätzliche Fragen bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente – einschließlich bestehender Anwartschaften – von mehr als 18.000 EUR

1. Haben Sie für den Fall der Berufs- oder Dienstunfähigkeit Renten zu erwarten (ohne gesetzliche Rente)? nein ja, wie hoch, woher (z. B. betriebl. Altersversorgung, Versorgungswerke) _____
2. Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoeinkommen (bei Selbständigen: Gewinn vor Steuern) in den letzten 5 Jahren? Bitte in chronologischer Reihenfolge angeben. Bei Rückdeckungsvers. Nachweise und Zusage beifügen.
- EUR EUR EUR

Erklärungen zum Gesundheitszustand

Evtl. durchgeführte prädiaktive Gentests müssen hier nicht angegeben werden (Erläuterungen siehe Rückseite Ziffer II.4.).

Antrag-/Angebotsanforderung ohne ärztliche Untersuchung mit ärztlicher Untersuchung veranlasst am _____

Zeitlich befristete Fragen

- | | |
|--|--|
| <p>1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden</p> <p>1.1 der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlenkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.2 des Herzens oder der Kreislauforgane/Gefäße (auch Bluthochdruck [Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.3 der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.4 der Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; auch Sodbrennen, Magenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Blut im Stuhl)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.5 des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.6.1 der Augen? <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit
Dioptrien links _____ rechts _____</p> <p>1.6.2 andere Augenerkrankungen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.7 der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.8 des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.9 der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (auch Meniskus-schaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.10 der Haut (auch Allergie)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.11 der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> | <p>1.12 des Gehirns (auch Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden]) oder der Nerven (auch Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.13 der Psyche (auch Angst-, Essstörung, Schlafstörung [mehr als 5-mal im Monat], Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.14 Infektionskrankheiten (länger als 1 Monat oder mehr als 4-mal im Jahr)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>1.15 Tumore (auch gutartige) oder Krebserkrankungen (auch Leukämie, Lymphome)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>2. Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Selbsttötungsversuch unternommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>3. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente ein (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen zu sich genommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Alkohol zu sich (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>6. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>7. Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt worden (auch Operationen, Strahlen-, Chemotherapie)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>8. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren <u>stationär</u> behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung vorgesehen oder empfohlen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> |
|--|--|

Zeitlich unbefristete Frage

9. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus? nein ja

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand

10. Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, auch GdB oder MdE angeben)? nein ja
11. Wie groß und schwer sind Sie? _____ cm _____ kg

Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)? (Falls nicht zutreffend, bitte »keiner« eintragen.) _____

Geben Sie hier bitte Einzelheiten zu den Fragen 1. bis 10. an, die mit »ja« beantwortet sind.

ergänzende Angaben siehe Zusatzblatt

Frage	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	Arzt, Psychologe, Krankengymnast, Heilpraktiker, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)?

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Überprüfung meiner vor Vertragsabschluss gemachten Angaben zur Risikobeurteilung befreie ich die hier (im Abschnitt Angaben zur Risikobeurteilung) von mir genannten Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Der genaue Umfang meiner Erklärung befindet sich auf der Rückseite (Ziffer I.1.).

Gesundheitserklärung bei Nachversicherung ohne Ereignis

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich bis zum heutigen Tage weder einen Herzinfarkt erlitten habe, noch mit HIV infiziert (positiver HIV-Test) oder an einem Krebsleiden erkrankt bin.

Wichtige Hinweise

Bevor Sie diesen Antrag bzw. diese Angebotsanforderung unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten sowie die besonderen Hinweise. Diese Erklärungen und Hinweise sind wichtiger Bestandteil Ihres Antrags bzw. Ihrer Angebotsanforderung und enthalten insbesondere die **Erklärung zum Datenschutz und zur Entbindung von der Schweigepflicht** sowie zum Versichererwechsel (bei Tod des Versicherungsnehmers wird der Versicherte neuer Versicherungsnehmer). Dort finden Sie unter anderem Hinweise zum Widerrufsrecht (Ziffer I.2.), zum vorläufigen Versicherungsschutz (Ziffer I.3.) und zu den Vertragsgrundlagen (Ziffer II.2.). Sie machen mit Ihren Unterschriften die Erklärungen und Hinweise zum Inhalt dieses Antrags bzw. dieser Angebotsanforderung. Sie stimmen zu, dass der Versicherungsschutz zu Ihrem Vertrag bereits vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. Eine Durchschrift/Kopie wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Erklärung des Vermittlers

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Angaben zur Identifizierung nach dem Geldwäschebekämpfungsgesetz und die ggf. beigefügte Ausweiskopie mit dem Originalausweis übereinstimmen.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer ggf. Firmenstempel (bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)	Unterschrift Versicherter und ggf. Mitversicherter	Unterschrift Vermittler ggf. Firmenstempel
------------	--	--	--

Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung a.G.



als Anlage zum Antrag bzw. zur Angebotsanforderung vom

Versicherungsnehmer (VN) Herr Frau Firma

Titel, Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum, -name

Versicherter (VT) Herr Frau

Titel, Vorname, Name

Belehrung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag bzw. Ihre Angebotsanforderung ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der

ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G.,

Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel
schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich die Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer ggf. Firmenstempel
(bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift Versicherter und ggf. Mitversicherter

Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten sowie besondere Hinweise

I. Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten

1. Erklärung zum Datenschutz und zur Entbindung von der Schweigepflicht

A. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Meine personenbezogenen Daten benötigt die ALTE LEIPZIGER insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch, zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht, zu meiner Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung meiner **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung, auf die bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden kann. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des BDSG erfasst werden (vgl. dazu Buchstabe B).

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere meine Gesundheitsdaten). Die ALTE LEIPZIGER darf sie im Regelfall nur verwenden, wenn ich zuvor hierzu ausdrücklich einwillige (vgl. dazu Buchstabe C).

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Buchstabe B und Buchstabe C ermögliche ich zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung bzw. Angebotsanforderung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht mir frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

B. Erklärung zur Verwendung meiner allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die ALTE LEIPZIGER.

2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung bzw. Angebotsanforderung genannt habe.

3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen im Verbund ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung meiner Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.

4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an Rückversicherer zur dortigen Verwendung, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

5. durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb des Verbund ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

6. zur Verhinderung des Versicherungsmisbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung einer besonderen Konzerndatenbank, Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.

7. zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch die ALTE LEIPZIGER, andere Unternehmen im Verbund ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER oder den für mich zuständigen Vermittler.

8. zur Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die ALTE LEIPZIGER selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen im Verbund ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER oder eine Auskunftstelle (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).

C. Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Die ALTE LEIPZIGER überprüft meine vor Vertragsabschluss gemachten Angaben zur Risikobeurteilung, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

Zu diesem Zweck **befreie ich** die hier (im Abschnitt Angaben zur Risikobeurteilung) von mir genannten Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden **von ihrer Schweigepflicht**, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren – nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die ALTE LEIPZIGER bzw. ihre Mitarbeiter selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

In allen anderen Fällen werde ich von der ALTE LEIPZIGER informiert und vor Erhebung weiterer personenbezogener Daten erneut um eine Entbindung von der Schweigepflicht gebeten.

b) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die ALTE LEIPZIGER ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung gemäß Buchstabe C Ziffer 1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne des Buchstaben B hinsichtlich der Nr. 1 (Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen. An den PKV-Verband werden im Rahmen des Buchstaben B Nr. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Buchstabe B Nr. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Buchstabe B Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

D. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

2. Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

Wenn Sie bei uns einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung stellen, können Sie den Antrag ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt mit der Antragstellung und endet 30 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins, der Vertragsbestimmungen (einschließlich unserer Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen), der Versicherungsinformationen und der Belehrung über das Widerrufsrecht.

Wenn Sie von uns ein Angebot anfordern und das Angebot annehmen, können Sie die Annahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt mit der Annahmeerklärung und endet 30 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins, der Vertragsbestimmungen (einschließlich unserer Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen), der Versicherungsinformationen, der Belehrung über das Widerrufsrecht und der Bestätigung über den Abschluss des Vertrages.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die:

ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel, Telefax 06171 24434, E-Mail: service@alte-leipziger.de.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Wir erstatten Ihnen aber einen gegebenenfalls vorhandenen Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes. Haben Sie die vorgenannte Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren.

Würden Sie nicht auf Ihr Widerrufsrecht, die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen, haben wir zusätzlich die für das 1. Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Beiträge zu erstatten; dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

Beiträge erstatten wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

3. Vorläufiger Versicherungsschutz (VVS) und Verzicht auf die Verbraucherinformationen/Versicherungsbedingungen

Der vorläufige Versicherungsschutz wird gemäß den Bedingungen für den VVS beantragt, sofern die Einzugsermächtigung erteilt oder der Einlösungsbeitrag gezahlt wurde. Die Höchstgrenzen der Leistungen sowie Beginn und Ende meines VVS ergeben sich aus diesen Bedingungen. Bei einer Angebotsanforderung verzichte ich für den VVS auf die vollständigen Verbraucherinformationen, Versicherungsbedingungen und weiteren Vertragsunterlagen (Ziffer II.2.), die mir spätestens mit dem Angebot übermittelt werden.

4. Versicherungsnehmerwechsel

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte beantragen hiermit, dass bei Tod des Versicherungsnehmers während der Dauer dieses Vertrages der Versicherte neuer Versicherungsnehmer sein und zu diesem Zeitpunkt in alle dann bestehenden Rechte und Pflichten aus dem Vertrag eintreten soll. Der Versicherte erklärt sich schon jetzt mit künftigen Verfügungen des Versicherungsnehmers zu der Versicherung einverstanden. Diese Erklärung gilt nur für sog. Fremdversicherungen, also wenn Versicherungsnehmer und Versicherter verschiedene Personen sind. Sie gilt nicht,

- wenn der Versicherte im Zeitpunkt des Todes des Versicherungsnehmers noch minderjährig ist oder
- wenn die Versicherung vom Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) im Rahmen des Betriebsrentengesetzes aus Anlass eines Arbeitsverhältnisses mit dem Arbeitnehmer (Versicherten) als Direkt- oder Rückdeckungsversicherung abgeschlossen worden ist.

Besonderheit für Rückdeckungsversicherungen in Form einer fondsgebundenen Rentenversicherung:

Eine Übertragung der Rückdeckungsversicherung auf einen neuen Arbeitgeber als Versicherungsnehmer ist nur unter der Voraussetzung möglich, dass der Vertrag unverändert als Direktzusage mit Rückdeckungsversicherung fortgeführt wird.

Eine Fortführung in einem anderen Durchführungsweg oder mit einer geänderten Finanzierungsform ist ausgeschlossen.

II. Besondere Hinweise

1. Unverbindliche Anforderung eines Angebotes

Wenn Sie bei uns unverbindlich ein Angebot anfordern, sind Sie noch nicht vertraglich gebunden. Sie erhalten von uns zunächst ein Angebot (erstellt auf der Grundlage Ihrer Angaben in diesem Formular, etwaiger Anlagen sowie weiterer Informationen, die Sie uns bei Bedarf geben), dem alle Informationen, Bedingungen usw. beigelegt sind. Anschließend können Sie frei entscheiden, ob Sie unser Angebot annehmen oder nicht. Nehmen Sie unser Angebot nicht an, entstehen für Sie weder Kosten noch Verpflichtungen. Nehmen Sie unser Angebot durch eine ausdrückliche schriftliche Annahmeerklärung an, kommt der Versicherungsvertrag zustande. Von einer Einzugsermächtigung, die Sie uns erteilen, machen wir erst nach Zustandekommen des Versicherungsvertrages Gebrauch.

2. Vertragsgrundlagen

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Ferner gelten für Ihre Versicherung(en) – außer diesem Antrag bzw. dieser Angebotsanforderung – die Allgemeinen Bedingungen, die Tarifbestimmungen, die Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz und unsere Satzung; ggf. auch die Zusatzbedingungen für die Dynamik, die Zusatzbedingungen für die Überschussverwendungsart »Investmentfonds« und die Bedingungen für die Zusatzversicherungen sowie Zusatzbestimmungen und Besondere Vereinbarungen. Diese erhalten Sie vor Antragstellung bzw. bei einer Angebotsanforderung zusammen mit dem Angebot.

3. Besondere Vereinbarungen und Gebühren

Erklärungen/Nebenabreden müssen schriftlich festgehalten werden. Sie bedürfen der schriftlichen Bestätigung der Gesellschaft.

Die Vermittler selbst sind nicht berechtigt (Neben-)Gebühren zu erheben.

4. Prädiktiver Gentest – freiwillige Selbstverpflichtung

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen bei allen Arten von Lebensversicherungen erst ab einer Versicherungssumme von 250.000 EUR bzw. Jahresrente von 30.000 EUR offen gelegt werden. Unter einem »prädiktiven Gentest« verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Sämtliche beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen werden bei den genannten Summengrenzen berücksichtigt.

5. Versicherungen für Kinder unter 7 Jahren

Für sog. Kinderversicherungen gilt folgende Besonderheit: Bei Abschluss von Todesfallsummen über 8.000 EUR werden bei Tod vor Vollendung des 7. Lebensjahres für den Teil der Todesfallsumme, der 8.000 EUR übersteigt, nur die entrichteten Beiträge erstattet. Der Versicherungsschein enthält einen entsprechenden Hinweis.

6. Aufgabe bestehender Versicherungen

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

7. Beschwerdestellen

Sollten Sie einmal Grund zur Beschwerde haben, wenden Sie sich bitte an die ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel.

Darüber hinaus können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen –, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn wenden.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Verwaltungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin,

Telefon 01804 224424, Telefax 01804 224425

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

8. Gesetzlicher Sicherungsfonds

Um die Ansprüche unserer Kunden jederzeit erfüllen zu können, achten wir auf eine ausgewogene Mischung und Streuung der Kapitalanlagen. Rein spekulative Anlagen werden nicht getätigt. Darüber hinaus besteht zur Absicherung der Ansprüche aus Ihrer Versicherung ein gesetzlicher Sicherungsfonds (siehe §§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der Versicherten, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G. gehört diesem Sicherungsfonds an.

ALTE LEIPZIGER

Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

Alte Leipziger-Platz 1 · 61440 Oberursel

Bundesrepublik Deutschland

Telefon 06171 66-00 · Telefax 06171 24434

www.alte-leipzig.de · E-Mail: service@alte-leipzig.de

Bankkonto: BHF-BANK AG Frankfurt am Main (BLZ 500 202 00) 51 797 · IBAN: DE41 5002 0200 0000 051797 · BIC: BHFDBEFF

Stv. Vorsitzender des Aufsichtsrats: Prof. Dr. Uwe H. Schneider

Vorstand: Wolfgang Stertenbrink (Vorsitzender), Otmar Abel (stv. Vorsitzender), Christoph Bohn, Dr. Walter Botermann, Reinhard Kunz, Wiltrud Pekarek, Frank Kettner (stv.)

Sitz Oberursel (Taunus) · Rechtsform Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit · Amtsgericht Bad Homburg v.d.H. HRB 1583 · St.-Nr. 045 223 0042 1