

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag 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 Lebensversicherung von 1871 a.G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München, 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 Anzeigepflicht 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 Rückkaufwertes, falls ein solcher vorhanden und/oder vereinbart ist.

**2. Kündigung**

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos 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. Vertragsänderung**

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. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung 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 Vertragsänderung 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 Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung 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 Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

**Unterschriften**

Ort	Versicherungsnehmer/-in X	ggf. Firmenstempel
Datum	Zu versichernde Person X	

Lebensversicherung von 1871 a. G. München Hauptverwaltung: Maximiliansplatz 5 80333 München	Postanschrift: 80326 München  E-Mail: info@lv1871.de Internet: www.lv1871.de	<b>Vorsitzender des Aufsichtsrats:</b> Werner Kunzfeld	<b>Vorstand:</b> Karl Panzer (Vors.) Herbert Osterkorn (stv. Vors.) Dr. Peter Dvorak Friedrich Knott	<b>Rechtsform:</b> Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit Sitz München AG München HRB 194
--	--	---	--	---

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch  gekennzeichnet

L-AA1001/02.08/tz

Privatversicherung  Firmenversicherung (bitte Fo. L-Z6003 beifügen) ma-0200

Betreuerdaten <span style="float: right;">ma-0100</span>	
Vermittler-Nr.	Betreuer/-in
Eingangsdatum (frei lassen)	Bestandspfleger/-in

Versicherungsnehmer/-in = VN <span style="float: right;">mp-0112</span>	
Titel, Name, Vorname <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Geburtsdatum	Geburtsort
Derzeit ausgeübter Beruf/Branche	<input type="checkbox"/> selbstständig/freib. <input type="checkbox"/> Angestellte/-r <input type="checkbox"/> Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Beamte/-r/ö.D. <input type="checkbox"/> Vollzeit-Tätigkeit <input type="checkbox"/> Teilzeit-Tätigkeit <input type="checkbox"/> ABM-Maßnahme <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Sonstige
Ausbildungs-/Hochschulabschluss (IHK, Uni, FH, BA, sonst.)	
Staatsangehörigkeit	
*Telefon (privat)	*Telefon (berufl.)
*Telefax	*E-Mail

Wirtschaftliches Interesse <span style="float: right;">ma-0300</span>
Name, Vorname, Geb.-Dat., Anschrift der wirtschaftlich berechtigten Person, wenn der/die VN nicht auf eigene Rechnung handelt
Den Versicherungsvertrag schließt der/die VN im eigenen wirtschaftlichen Interesse ab, wenn nicht oben stehend eine andere Person benannt wird.

Erste zu versichernde Person = VP (wenn nicht VN) <span style="float: right;">mp-0221</span>	
Titel, Name, Vorname <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Geburtsdatum	Geburtsort
Derzeit ausgeübter Beruf/Branche	<input type="checkbox"/> selbstständig/freib. <input type="checkbox"/> Angestellte/-r <input type="checkbox"/> Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Beamte/-r/ö.D. <input type="checkbox"/> Vollzeit-Tätigkeit <input type="checkbox"/> Teilzeit-Tätigkeit <input type="checkbox"/> ABM-Maßnahme <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Sonstige
Ausbildungs-/Hochschulabschluss (IHK, Uni, FH, BA, sonst.)	
*Staatsangehörigkeit	

Zweite zu versichernde Person = VP 2 (bzw. mitzuversichernde Person für Tarif HZV) <span style="float: right;">mp-0231</span>	
Titel, Name, Vorname <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Geburtsdatum	Geburtsort
Derzeit ausgeübter Beruf/Branche	<input type="checkbox"/> selbstständig/freib. <input type="checkbox"/> Angestellte/-r <input type="checkbox"/> Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Beamte/-r/ö.D. <input type="checkbox"/> Vollzeit-Tätigkeit <input type="checkbox"/> Teilzeit-Tätigkeit <input type="checkbox"/> ABM-Maßnahme <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Sonstige
Ausbildungs-/Hochschulabschluss (IHK, Uni, FH, BA, sonst.)	
*Staatsangehörigkeit	

Beitragszahlung Die LV 1871 wird bis auf Widerruf ermächtigt, sämtliche Beträge, die der/die VN aus dem Versicherungsverhältnis schuldet, von folgendem Konto einzuziehen: <span style="float: right;">mb-0180</span>	
*Kontonummer	*Bankleitzahl
*Name und Sitz des Geldinstituts	
*Falls nicht VN: Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des/der Kontoinhabers/-in	
*Unterschrift Kontoinhaber/-in, falls nicht VN	Der Vermittler ist nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der Versicherungsnehmer im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrags an die LV 1871 zu leisten hat, anzunehmen. Zahlungen sind direkt an die LV 1871 zu leisten.

Identifizierung des/der VN nach Geldwäschegesetz (bitte ausfüllen, wenn die Einzugsermächtigung nicht vom VN erteilt wird) <span style="float: right;">ma-0530</span>	
<input type="checkbox"/> Personalausweis-Nr. oder <input type="checkbox"/> Reisepass-Nr.	Ausstellungsdatum
Ausstellende Behörde	Geburtsort
Bei Firmen: Name, Vorname, Anschrift des/der Unterschriftsberechtigten	

Empfänger/-in der Versicherungsleistungen <span style="float: right;">mt-0130</span>	
(bei Firmenversicherung bitte Angaben im Formblatt L-Z6003 machen)	
Im Erlebensfall: VN oder <input type="checkbox"/> Name, Vorname, Geb.-Dat., Anschrift oder Firma, Anschrift	
Bei Rentenversicherungen gilt das Todesfallbezugsrecht für Beitragsrückgewähr, Rentengarantiezeit und Todesfall-Leistung. Im Todesfall: in nachstehender Rangfolge unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten	
1. der bei Tod in gültiger Ehe lebende Ehegatte der zu versichernden Person	3. die Eltern der zu versichernden Person
2. die Kinder der zu versichernden Person	4. die Erben der zu versichernden Person
oder <input type="checkbox"/> die nachfolgend bezeichnete/-n Person/-en Name, Vorname, Geb.-Dat., Anschrift	
Bei Fremdversicherung (VN und VP nicht identisch) wird an den/die VN geleistet	
Ggf.: Abweichendes Bezugsrecht bei Zusatzversicherung(en) Name, Vorname, Geb.-Dat., Anschrift oder Firma, Anschrift	
	Tarif(e) der Zusatzversicherung(en)

Original: HV, 1. Durchschrift/Zweitschrift: Vermittler/-in, 2. Durchschrift/Zweitschrift: Versicherungsnehmer/-in

L-AA1001/02.08/tz

Antrag auf eine Lebensversicherung <span style="float:right">mt-0400</span>			
Kapitallebens-, Risiko-, Vermögensbildungs-Versicherung (bei VBG: nur Tarif G0V, G2V, G3V; Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen beifügen!)			
Tarif	Versicherungsbeginn (zum Monatsersten)	Eintrittsalter	
Versicherungsdauer (Jahre)	Beitragszahlungsdauer (Jahre)	Erlebensfallsumme €	Todesfallsumme €/%-Satz
Tarif G2, G3 Teilauszahlungen nach Modell		Tarif G6 Anfangsbeitrag	
Dauer des Anfangsbeitrags bei G6 (2-6 Jahre)		%-Satz des Folgebeitrags bei G6	Tarif G6 Folgebeitrag

Antrag auf eine aufgeschobene Rentenversicherung (RT1/RT2) <span style="float:right">mt-0470</span>			
Tarif	Versicherungsbeginn (zum Monatsersten)	Eintrittsalter	Aufschubzeit
Beitragszahlungsdauer	Rentengarantiezeit	Jahresrente (Altersrente) €	
Garantierte Rentensteigerung (nur bei steigender Rente): keine oder <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3%			
Rentenzahlungsweise: monatlich oder <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich			

Antrag auf eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung <span style="float:right">mt-0560</span>			
Tarif	Versicherungsbeginn (zum Monatsersten)	Eintrittsalter	Jahresrente in €
Schlussalter	SBUL: Leistungsschlussalter Jahre/ <input type="checkbox"/> lebenslang		Karenzzeit in Monaten (max. 24)
Golden oder <input type="checkbox"/> Classic BU	Berufsgruppe	<input type="checkbox"/> garantierte BU-Rentensteigerung 1% oder %	
<input type="checkbox"/> mit Einschluss von Unfall-Berufsunfähigkeitsrente	Jahresrente in €	% -Satz der Rente (bis 100%)	
Achtung: In Verbindung mit der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung können keine Zusatzversicherungen abgeschlossen werden.			

Zusatzversicherungen für Kapitallebens-, Risiko- und Rentenversicherung (nicht für Vermögensbildungs-Versicherung) <span style="float:right">mt-0795</span>	
---	--

Unfalltod-Zusatzversicherung <span style="float:right">mt-0800</span>	
Tarif <b>UZV</b>	Unfalltodsumme €/%-Satz
Bei Einschluss in Rentenversicherung: fache Jahresrente	

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für die VP oder für die <input type="checkbox"/> VP 2 (Tarif BUR bei Rententariifen nicht möglich) <span style="float:right">mt-0820</span>			
<input type="checkbox"/> nur Beitragsbefreiung			
Tarif	Eintrittsalter	Jahresrente in €	jährl. Rente in %
Schlussalter	BUL: Leistungsschlussalter bis Jahre/ <input type="checkbox"/> lebenslang		Karenzzeit in Monaten (max. 24)
Golden BUZ oder <input type="checkbox"/> Classic BUZ	Berufsgruppe	<input type="checkbox"/> garantierte BUZ-Rentensteigerung 1% oder %	<input type="checkbox"/> Dynamikfortführung bei BU
<input type="checkbox"/> mit Einschluss von Unfall-Berufsunfähigkeitsrente	Jahresrente in €	% -Satz der Rente (bis 100%)	
Wird nach Eintritt der Berufsunfähigkeit Beitragsbefreiung gewährt, setzt nach Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer die Beitragszahlung für die Hauptversicherung und eingeschlossener Zusatzversicherungen wieder ein, auch wenn die Berufsunfähigkeit weiter besteht.			

Pflegerenten-Zusatzversicherung für die VP oder für die <input type="checkbox"/> VP 2 <span style="float:right">mt-0870</span>			
Tarif <b>PRZ</b>	Jahresrente in €	jährliche Rente in %	
Aufschubzeit (Jahre)	Beitragszahlungsdauer (Jahre)		

Zeitrenten-Zusatzversicherung (nur bei Tarif G0, G1, A1, RT2, RT3, RT4) <span style="float:right">mt-0890</span>			
Tarif <b>ZRZV</b>	Jahresrente in €	jährliche Rente in %	Versicherungsdauer (Jahre)

Risiko-Zusatzversicherung <span style="float:right">mt-0910</span>		
Tarif	Versicherungssumme €/%-Satz	Bei Einschluss in Rentenversicherung: fache Jahresrente
Versicherungsdauer (Jahre)		

Zusatzversicherung nur bei Kapitallebensversicherung <span style="float:right">mt-0920</span>		
Dread-Disease-Zusatzversicherung (Tarif DDV nur bei G0, G1, R0 – Tarif DDV5 nur bei Tarif G5)		
Tarif	Versicherungssumme €/%-Satz	Versicherungsdauer (Jahre)
gegen Aufschlag soll versichert werden: <input type="checkbox"/> Organtransplantation <input type="checkbox"/> Operation am offenen Herzen <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Lähmungen		

Zusatzversicherung nur bei Rentenversicherung <span style="float:right">mt-0930</span>			
Hinterbliebenen-Zusatzversicherung			
Tarif	Eintrittsalter der mitzuversichernden Person	Jahresrente in €	in % der Altersrente

Dynamik Für Versicherungen mit der Möglichkeit laufender Anpassung (nicht bei Tarif R2, G0V, G2V, G3V, Vermögensbildungsvers., Einmalbeitragsvers.) Bei Tarif SBU bei Dynamikmodell VB oder VS sind höchstens 5% zulässig. <span style="float:right">mt-1010</span>		
Dynamikplan Vorjahresbeitrag bzw.	Steigerungsprozentsatz 5% bzw. % (3-10%)	<input type="checkbox"/> Ich verzichte ausdrücklich auf das Recht der jährlichen Anpassung ohne erneute Gesundheitsprüfung
Bei Rückdeckungsversicherungen: <input type="checkbox"/> Gehaltsdynamik		

Beitrag (Mindestbeitrag je Zahlungsweise 10,- €) <span style="float:right">mb-0101</span>	
Beitragszahlungsweise: monatlich (inkl. Zuschlag) oder <input type="checkbox"/> vierteljährlich (inkl. Zuschlag) <input type="checkbox"/> halbjährlich (inkl. Zuschlag) <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> einmalig	
Brutto-Beitrag pro Zahlungsweise in €	* Etwaige mit dem Beitrag verrechnete Überschussanteile für Risiko-, Risiko-Zusatzversicherungen, Zeitrenten- und Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen. Sie können für die Folgejahre nicht garantiert werden.
zu zahlender Beitrag pro Zahlungsweise in €*	
Zuzahlung zu Beginn in € (nur bei RT1, RT2, RT6)	

Überschussverwendung der Kapitallebensversicherungen (für Hauptversicherung) <span style="float:right">mu-0100</span>	
Verwendung zur Erhöhung der Versicherungssumme (Bonussystem) <b>oder</b>	<input type="checkbox"/> Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> Erlebensfallbonus <input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung <input type="checkbox"/> Bonussystem mit zusätzl. Todesfallbonus: 100% bzw. _____% (25%–100% der Erlebensfallsumme)

Überschussverwendung der Risikoversicherungen (für Hauptversicherung) <span style="float:right">mu-0120</span>	
Beitragsverrechnung	<input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung
Bei Firmenvers.: Todesfallbonus <b>oder</b>	

Überschussverwendung der Rentenversicherungen (für Hauptversicherung) <span style="float:right">mu-0140</span>	
Während Aufschubzeit: verzinsliche Ansammlung <b>oder</b>	<input type="checkbox"/> Rentenerhöhung (Bonussystem) <input type="checkbox"/> Erlebensfallbonus (nur bei Tarif RT1) <input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung <input type="checkbox"/> Bonusrente mit zusätzl. Todesfallbonus (nur bei Tarif RT1) _____ fache gar. Jahresrente (max. 12fach)
Während Rentenzahlung: Verwendung zur Rentenerhöhung (steigende Rente) <b>oder</b>	<input type="checkbox"/> gleich bleibende Rente <input type="checkbox"/> flexible Überschussrente 60% bzw. _____% <input type="checkbox"/> fallende Rente (nur bei Rückdeckungsversicherung)

Überschussverwendung der Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung <span style="float:right">mu-0200</span>	
Teilweise Beitragsverrechnung	
Bei Firmenvers.: Invaliditätsbonus/Schlussguthaben <b>oder</b>	<input type="checkbox"/> Teilweise Beitragsverrechnung

Besondere Vereinbarungen Es wurden keine Nebenabreden getroffen. Nebenabreden sind nur verbindlich, wenn sie von der LV 1871 schriftlich bestätigt werden. <span style="float:right">ma-0400</span>	
<input type="checkbox"/> Es wurden folgende Nebenabreden getroffen (z. B. Beitragsdepot. Bitte Höhe des Depots und unter Beitrag den Jahresbeitrag angeben):	

L-AA1001/02.08/tz

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragenkomplexe, soweit erforderlich, ausführlich. Sie helfen uns damit, Missverständnisse und Nachfragen zu vermeiden. Bitte verwenden Sie ein Beiblatt, falls Sie nicht genügend Platz vorfinden. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach. mr-0100

**Fragen an die zu versichernde/-n Personen = VP** mr-0201  
(nicht zu beantworten bei Rentenversicherung ohne Zusatzversicherung, Ausnahme Überschussverwendung Bonusrente mit zusätzlichem Todesfallbonus)

<p><b>1. a.</b> Bestanden oder bestehen bei anderen Versicherungsunternehmen Lebens-, Renten-, Dread-Disease-, Pflegerenten-, Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätsversicherungen oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre (Probe-)Anträge gestellt bzw. sind weitere Antragstellungen vorgesehen? Versicherungsunternehmen VP</p>	VP <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	VP2 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<p>Versicherungssumme/Jahresrente in € VP</p>	VP2		
<p>Art der Versicherung VP</p>	VP2		
<p><b>b.</b> Wurden zu solchen Versicherungen in den letzten 5 Jahren Erschwerungen gefordert, Anträge abgelehnt oder zurückgestellt? Versicherungsunternehmen VP</p>	VP <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	VP2 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<p>Jahr der Antragstellung VP</p>	VP2		
<p>Grund der Erschwerung/Ablehnung/Zurückstellung VP</p>	VP2		
<p><b>2. a.</b> Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate außerhalb der EU einen mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt anzutreten? Falls ja: Wohin? Wann? Wie lange? Grund des Aufenthaltes? VP</p>	VP <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	VP2 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<p><b>b.</b> Üben Sie eine der folgenden Sportarten aus? (bitte ggf. entsprechenden Fragebogen bzw. Fragebogen „Amateursport“ einreichen)</p> <p>Motorsport (z. B. Motocross, Rundstreckenrennen, Rallye) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kampfsport (z. B. Karate, Boxen, Judo) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wassersport (z. B. Kitesurfen, Wellenreiten, Kajak) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Bergsport (z. B. Klettern, Bergsteigen, Downhill) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Flugsport (z. B. Segelflug, Fallschirmspringen, Paragliding) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Tauchsport <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Reitsport <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	VP	VP2	
<p><b>c.</b> Sind Sie beruflichen Gefahren ausgesetzt? (z. B. Umgang mit explosiven/radioaktiven/toxischen Stoffen oder mit Waffen, Sondereinsätze) Falls ja, welche? VP</p>	VP <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	VP2 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

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 bestimmten Versicherungssumme (Todesfall-Leistung) bzw. Jahresrente (Leistungen wegen Berufsunfähigkeit) offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Sämtliche beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen werden bei den genannten Summengrenzen berücksichtigt. [Die vollständige Selbstverpflichtungserklärung können Sie unter [www.lv1871.de](http://www.lv1871.de) einsehen und ausdrucken. Auf Wunsch schicken wir Ihnen diese gerne zu.] mr-0110

Die in den folgenden Gesundheitsfragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufstellung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung. mr-0102

**Standard-Gesundheitsfragen** mr-0133  
(nicht zu beantworten bei Rentenversicherung ohne Zusatzversicherung, Ausnahme Überschussverwendung Bonusrente mit zusätzlichem Todesfallbonus)  
Nur bei Versicherungen ohne ärztliches Zeugnis! Bitte fügen Sie ggf. die entsprechenden Fragebögen bei. Wenn Sie Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, machen Sie bitte nähere Angaben unter „Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in“ bzw. „Behandelte Erkrankungen/Verletzungen“.

	VP	VP2	
<b>1.</b> Körpergröße in cm			
Gewicht in kg			

<p><b>2.</b> Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Störungen, Krankheiten oder Beschwerden</p> <p><b>a.</b> des Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Bewusstlosigkeit, Venenentzündung, Krampfadern, Thrombose) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>b.</b> der Atmungsorgane (z. B. Heuschnupfen, Asthma bronchiale, chronische oder wiederholte Bronchitis, Lungenentzündung, berufsbedingte Atemwegsprobleme) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>c.</b> an Speiseröhre, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Magenschleimhautentzündung, chronische Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Hepatitis, Bauchspeicheldrüsenentzündung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>d.</b> der Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane (z. B. Nierensteine, -koliken, Nierenentzündung, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostatentzündung oder -vergrößerung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>e.</b> der Brustdrüse (z. B. knotige Veränderungen, Entzündungen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>f.</b> des Stoffwechsels (z. B. erhöhte Blutzuckerwerte, Diabetes mellitus, Gicht, erhöhte Cholesterinwerte, Funktionsstörungen der Schilddrüse) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>g.</b> in Form von Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Geschwülste, Leukämie, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Melanom, Darmpolypen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>h.</b> in Form von Infektionskrankheiten, Tropenkrankheiten od. Vergiftungen (z. B. Tuberkulose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>i.</b> des Gehirns, Rückenmarks oder der Nerven (z. B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen, ärztlich behandelte Kopfschmerzen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>j.</b> der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, psychosomatische Störungen, Magersucht, Bulimie, Erschöpfungszustände, Stress-Syndrom, Burn-out-Syndrom, Selbstmordversuch) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>			
<p><b>3.</b> Wurden bei Ihnen im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen (wie z. B. Laboruntersuchungen, Röntgen, CT, Ultraschall, EKG, Magen-Darm-Spiegelung) innerhalb der letzten 5 Jahre kontroll- oder behandlungsbedürftige Ergebnisse festgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>4.</b> Haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente eingenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>5.</b> Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in Behandlung von Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Masseurinnen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>6.</b> Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 10 Jahre in Behandlung von Psychologen oder Psychotherapeuten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>7.</b> Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angedacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>8.</b> Wurden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre wegen Alkoholkonsums ärztlich beraten oder behandelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>9.</b> Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Drogen konsumiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>10.</b> Wurde bei Ihnen innerhalb der letzten 10 Jahre ein HIV-Test durchgeführt bzw. ist ein solcher geplant oder wurden Sie wegen einer HIV-Infektion (positiver Aids-Test) behandelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>			

**Zusatzfragen bei Berufsunfähigkeitsversicherung, Berufsunfähigkeits-, Pflegerente- oder Dread-Disease-Zusatzversicherung** mr-0150

<p><b>11.</b> Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Störungen, Krankheiten oder Beschwerden</p> <p><b>a.</b> der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder (z. B. Bandscheibenschaden, Hexenschuss, Skoliose, ärztlich behandelte Rückenschmerzen, Knochenbrüche, Meniskusverletzung, Bänderriss, Gelenkentzündung, ärztlich festgestellter Gelenkverschleiß, Sehnenentzündung, Rheuma, Bechterew-Krankheit) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>b.</b> der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit, Netzhautveränderungen, Hornhautverkrümmung, grüner oder grauer Star, entzündliche Augenerkrankungen, eingeschränktes Sehvermögen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>c.</b> der Ohren (z. B. Minderung der Hörfähigkeit, Tinnitus (Ohrgeräusch), Gleichgewichtsstörungen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>d.</b> der Haut (z. B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Ekzeme) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>e.</b> allergischer Ursache (z. B. Hausstauballergie, Tierhaarallergie, beruflich bedingte Allergien) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>			
<p><b>12.</b> Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Fehlbildungen, Verluste oder Schäden an Körpergliedern oder -organen, Folgen von Operationen oder Unfällen)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>13.</b> Bestehen bei Ihnen Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (MdE/GdB) oder Pflegestufe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>14.</b> Besteht bei Ihnen eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>15.</b> Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig erkrankt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>			

L-AA1001/02.08/tz

<b>Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in</b> <span style="float:right">mr-0165</span>	
Welche-r Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in ist über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt/Hausärztin)?	
<b>VP</b>	Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung
<b>VP2</b>	Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung

<b>Behandelte Erkrankungen/Verletzungen</b> <span style="float:right">mr-0175</span>	
Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen, die mit „Ja“ beantwortet wurden.	
<b>VP</b>	zu Ziff. Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.
Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen?	
Name, Anschrift der Heilbehandler, Krankenhäuser, Heilstätten usw.	
<b>VP2</b>	zu Ziff. Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.
Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen?	
Name, Anschrift der Heilbehandler, Krankenhäuser, Heilstätten usw.	
<input type="checkbox"/> Ein gesondertes Schreiben mit <input type="text"/> Seiten wird unterschrieben beigefügt. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach.	

<b>Fragen bei BU(Z) bei einer Gesamt-Jahresrente (intern/extern – inkl. Unfall-BU) ab 19.200 €</b> <span style="float:right">mr-0210</span>					
Die beantragte BU-Rente inklusive interner/externer Vorversicherungen darf 60 % des Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Dies gilt bis zu einer Gesamt-Jahresrente von 40.000 €. Beachten Sie auch die Formblätter zur finanziellen Risikoprüfung.					
<b>a.</b> Brutto-Jahreseinkommen (Festgehalt) aus nicht selbstständiger oder Einkünfte aus selbstständiger/gewerblicher Tätigkeit der letzten drei Jahre?					
Jahr	Einkommen in €	Jahr	Einkommen in €	Jahr	Einkommen in €
200_		200_		200_	
<b>b.</b> Weitere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit					
<input type="checkbox"/> Sozialversicherung <input type="checkbox"/> Berufsständische Versorgung    Jahresanspruch in € <input type="checkbox"/> Beamtenversorgung <input type="checkbox"/> Betriebliche Altersversorgung <input type="checkbox"/> Weitere Versicherungen					
<b>c.</b> Genaue Tätigkeitsbeschreibung (bitte ggf. entsprechenden Berufsfragebogen einreichen)					
Wie hoch ist der jeweilige prozentuale Anteil Ihrer Tätigkeit für:					
künstlerische Tätigkeiten	kaufmännische Tätigkeiten	handwerkliche Tätigkeiten			
%	%	%			
Außendienst	aufsichtsführende Tätigkeiten	wie viele Personen beaufsichtigen Sie			
%	%				
<b>d.</b> Haben Sie innerhalb der letzten 2 Jahre den Beruf gewechselt? Welchen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
<b>e.</b> Waren gesundheitliche Gründe Ursache für den Wechsel? Welche? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
<b>f.</b> Seit wann sind Sie ununterbrochen selbstständig tätig?					

<b>Hinweise für den gestellten Antrag</b> <span style="float:right">me-0005</span>	
<b>Aufgabe bestehender Versicherungen</b> <span style="float:right">me-0220</span>	
Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.	

<b>Umtauschrecht</b> <span style="float:right">me-0240</span>
Eine Risikoversicherung bzw. Risiko-Zusatzversicherung mit gleich bleibender Versicherungssumme kann spätestens bis zum Ende des zehnten Versicherungsjahres und spätestens bis zum 65. Lebensjahr der zu versichernden Person ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine kapitalbildende Lebensversicherung mit gleicher oder geringerer Versicherungssumme umgetauscht werden.

<b>Erklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person</b> <span style="float:right">me-0010</span>
<b>Überschussbeteiligung</b> <span style="float:right">me-0130</span>
Die Überschussanteile ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen und können für die Folgejahre nicht garantiert werden.

<b>Möglichkeit der Überzahlung</b> <span style="float:right">me-0260</span>
(bei höheren Eintrittsaltern/Kapitallebensversicherung) Ich wurde darüber unterrichtet, dass infolge des vorgerückten Lebensalters der zu versichernden Person Beiträge zu zahlen sind, die in ihrem Gesamtbetrag die Versicherungssumme unter Umständen übersteigen. Diese mögliche Überzahlung wird durch die auf die Lebensversicherung entfallenden Überschussanteile gemildert.

<b>Höhe des Rückkaufswertes Kapitallebensversicherung</b> <span style="float:right">me-0400</span>
Mir ist bekannt, dass die Beiträge bei kapitalbildenden Lebensversicherungen zunächst hauptsächlich zur Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle, der Abschluss- und Vertriebskosten sowie der Verwaltungskosten verbraucht werden. Deshalb fällt bei Kündigung der Lebensversicherung in den ersten Jahren nur ein niedriger Rückkaufswert an. Über die Entwicklung des Rückkaufswertes gibt eine im Versicherungsschein abgedruckte Tabelle Auskunft.

<b>Rentenversicherung</b>
Mir ist bekannt, dass die Beiträge bei Versicherungen mit Beitragsrückgewähr im Todesfall zunächst hauptsächlich zur Deckung der durch Tod fällig werdenden Versicherungsleistungen, sofern ihr Wert über das Deckungskapital hinausgeht, sowie zur Deckung der Abschluss- und Vertriebskosten sowie der Verwaltungskosten verbraucht werden. Deshalb fällt bei Kündigung der Rentenversicherung in den ersten Jahren nur ein niedriger Rückkaufswert an. Über die Entwicklung des Rückkaufswertes gibt eine im Versicherungsschein abgedruckte Tabelle Auskunft. Versicherungen ohne Beitragsrückgewähr werden bei Kündigung beitragsfrei weitergeführt, sofern die erforderliche beitragsfreie Mindestrente erreicht ist. Andernfalls wird der Rückkaufswert ausgezahlt und der Vertrag endet. Bei dem Honorartarif RT1 hon wird durch die LV 1871 keine Provision gezahlt, die Vergütung des Vermittlers erfolgt durch mich direkt.

<b>Beginn des Versicherungsschutzes und Fälligkeit des Beitrages</b> <span style="float:right">me-0150</span>
Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz bereits bei Abschluss des Vertrages und vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Jedoch beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Zahlung des Beitrages, frühestens jedoch zum vereinbarten Versicherungsbeginn. Mir ist bekannt, dass der Beitrag mit Zugang der Police fällig wird, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

<b>Entbindung von der Schweigepflicht</b> <span style="float:right">me-0164</span>
Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

VP <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> <b>a) Generalmächtigung</b>
Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Verrichtung 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 Angehörigen der Lebensversicherung von 1871 a. G. München selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Die Lebensversicherung von 1871 a. G. München wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

VP <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> <b>b) Ermächtigung für den Einzelfall</b>
Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich die Lebensversicherung von 1871 a. G. München informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Werden Todesfall-Leistungen beantragt, gilt die Erklärung nach a) Abs. 1 und 2.

<b>Datenschutz</b> <span style="float:right">me-0170</span>
Ich willige ein, dass die Lebensversicherung von 1871 a. G. München im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an den Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer (und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer) übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch (unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages) für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der LV 1871-Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler/-in weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus auch für die Beratung und Betreuung in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei der Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes „Hinweise zur Datenverarbeitung“ Kenntnis nehmen konnte. Diese Unterlage erhalte ich auf Wunsch sofort ausgehändigt, spätestens aber zusammen mit meinen Vertragsunterlagen.

Bonitätsinformationen auf der Basis mathematisch-statistischer Verfahren beziehen wir von der informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden Baden, Telefon 01805/13 66 33 (EUR 0,14 / pro Minute).
---

L-AA1001/02.08/tz

Ich bestätige folgende Unterlagen vorab erhalten zu haben: <span style="float: right;">ma-0754</span>		
<input type="checkbox"/> Produktinformationsblatt	<input type="checkbox"/> Vertragsinformationen	<input type="checkbox"/> Steuerregelungen
<input type="checkbox"/> Versorgungsvorschlag	<input type="checkbox"/> Beitragsdepotrichtlinien	<input type="checkbox"/> AVB für die Rentenversicherung
<input type="checkbox"/> AVB für die Risikoversicherung	<input type="checkbox"/> AVB für die BU-Versicherung	<input type="checkbox"/> AVB für die BU-Versicherung mit erweiterten Leistungen (Golden BU)
<input type="checkbox"/> AVB für die Rentenversicherung (Honorartarif)	<input type="checkbox"/> AVB für die Kapitalversicherung	<input type="checkbox"/> AVB für die Vermögensbildungsversicherung
<input type="checkbox"/> BB für die BU-Zusatzversicherung mit erweiterten Leistungen (Golden BUZ)	<input type="checkbox"/> BB für die BU-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Zusatzbedingung für die erhöhte BU-Rente bei BU durch Unfall
<input type="checkbox"/> BB für die Unfalltod-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> BB für die Risiko-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> BB für die Pflegerenten-Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> BB für die Hinterbliebenen-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> BB für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen (Zuwachsversicherung) ohne erneute Gesundheitsprüfung	<input type="checkbox"/> BB für die Zeitrenten-Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> BB für die Zusatzversicherung bei bestimmten schweren Erkrankungen (Dread Disease)	<input type="checkbox"/> BB für die Nachversicherungsgarantie	<input type="checkbox"/> Hinweise zur Datenverarbeitung
<input type="checkbox"/> Die Direktversicherung durch Gehaltsumwandlung und die klassische Direktversicherung	<input type="checkbox"/> Die Rückdeckungsversicherung	
<b>Ich habe die Unterlagen auf folgendem Weg erhalten:</b> <input type="checkbox"/> *E-Mail <input type="checkbox"/> *CD <input type="checkbox"/> *USB-Stick <input type="checkbox"/> *Antragsbuch <input type="checkbox"/> *Postversand <input type="checkbox"/> *Ausdruck		

Unterschriften <span style="float: right;">ma-0724</span>	
<b>Zur besonderen Beachtung</b>	
<p>Mir ist bekannt, dass die vorstehenden Erklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person wichtige Bestandteile des Vertrages sind. Diese Erklärungen enthalten Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenübermittlung. Mit meiner Unterschrift mache ich die Erklärungen zum Inhalt dieses Antrages. Für den Vertragsinhalt maßgebliche Informationen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen habe ich vorab erhalten. Ab Zugang des Versicherungsscheines besitze ich dann ein 30-tägiges Widerrufsrecht. Sofern auf Dynamik verzichtet wurde, erkläre ich, dass ich über die Bedeutung des Verzichts unterrichtet worden bin. Eine Zweitschrift des Versicherungsantrages ist für meine Unterlagen bestimmt.</p>	
Ort	Datum
Versicherungsnehmer/-in	ggf. Firmenstempel
<input checked="" type="checkbox"/> Zu versichernde Person/-en	
gesetzl. Vertreter (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen)	Vermittler/-in

Angebotsanfrage <span style="float: right;">ma-1008</span>	
<p>Aufgrund dieses Formulars soll lediglich ein konkretes Angebot erstellt werden. Der Vertrag kommt erst dann zustande, wenn ich das mir zugesandte Angebot durch gesonderte schriftliche Erklärung annehme. Der Versicherungsvertrag kommt drei Tage nach Absenden der Annahmeerklärung an die LV 1871 zustande. Die LV 1871 dokumentiert den Vertragsschluss nochmals durch die Übersendung eines Versicherungsscheines. Ab dessen Zugang besitze ich dann ein 30-tägiges Widerrufsrecht.</p> <p>Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz bereits bei Abschluss des Vertrages und vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Jedoch beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Zahlung des Beitrages, frühestens aber zum vereinbarten Versicherungsbeginn.</p> <p>Für den Vertragsinhalt maßgebliche Informationen erhalte ich mit dem Angebot zugeschickt.</p> <p>Mir ist bekannt, dass die vorstehenden Erklärungen des Anfragestellers und der zu versichernden Person wichtige Bestandteile der unverbindlichen Angebotsanfrage sind. Diese Erklärungen enthalten Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenübermittlung. Mit meiner Unterschrift mache ich die Erklärungen zum Inhalt der Angebotsanfrage.</p>	
Ort	Datum
Anfragsteller/-in	ggf. Firmenstempel
Zu versichernde Person/-en	
gesetzl. Vertreter (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen)	Vermittler/-in
<p><b>Hinweis zur Angebotsanfrage:</b>            Die Felder „Beitragszahlung“, „Unterschriften“ und „Ich bestätige folgende Unterlagen vorab erhalten zu haben“ sind <b>nicht auszufüllen/treffen nicht zu</b>.            Das Feld „Identifizierung“ ist <b>immer auszufüllen</b>.</p>	

Lebensversicherung von 1871 a. G. München Hauptverwaltung: Maximiliansplatz 5 80333 München	Postanschrift: 80326 München  E-Mail: info@lv1871.de Internet: www.lv1871.de	<b>Vorsitzender des Aufsichtsrats:</b> Werner Kunzfeld	<b>Vorstand:</b> Karl Panzer (Vors.) Herbert Osterkorn (stv. Vors.) Dr. Peter Dvorak Friedrich Knott	<b>Rechtsform:</b> Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit Sitz München AG München HRB 194
--	--	---	--	---