

# Neuantrag

## Antragsteller (Versicherungsnehmer/ zu versichernde Person)

- Frau  
 Herr

## Zu versichernde Person (falls Antragsteller nicht zugleich zu versichernde Person ist)

- Frau  
 Herr

## Beitragszahlung

Bitte reichen Sie das SEPA-Lastschriftmandatsformular 0.KAB.0157 mit Unterschrift des Kontoinhabers und den Antrag gemeinsam ein. Nur so können wir für Sie die Beiträge einziehen. Andernfalls gehen wir von einer Beitragszahlung per Überweisung aus.

## Erklärung des Antragstellers (Versicherungsnehmers) nach dem Geldwäsche- gesetz

Ich handle auf eigene Veranlassung und wurde von keinem Dritten hierzu beauftragt.

Ich handle nicht auf eigene Veranlassung und wurde von einem Dritten hierzu beauftragt.

## Gewünschter Versicherungsschutz

Anpassungsrecht<sup>1)</sup>:  keine Anpassung um 4 % jährlich bzw. um 6 % alle 2 Jahre  
Ich wünsche  % Anpassung alle  Jahre

Garant

Turbo

## Fondsgebundene Rentenversicherung (FR, PR)

## Fondsgebundene Lebensversicherung (PVL)

## Selbstständige Berufs- unfähigkeitsversicherung (PBU)

## Berufsunfähigkeits- Zusatzversicherung (BUZ)

## Beitrag

**Zahlungsweise:**  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  Einmalbeitrag\*\*

### Einmalige Zuzahlung zum Versicherungsbeginn \*\*\*

Zuzahlung vom Beitragszahlungskonto abbuchen

Zuzahlung wird selbst überwiesen

Zuzahlung aus Umbuchung aus Vertrags-Nr.

### Gesamtbeitrag (ohne Zuzahlung) laut Zahlungsweise

\* siehe Wichtige Hinweise  
zur Überschussbeteiligung

\*\* nicht bei Turbo, PVL,  
und PBU möglich

\*\*\* nicht bei Tarif PVL  
und PBU möglich

1) siehe Wichtige Hinweise: Anpassung

2) bei laufender Zahlungsweise

3) unabhängig von dem vereinbarten Rentenbeginn besteht eine Abrufphase bis Alter 85

4) zum vereinbarten Rentenbeginn (nur relevant bei Verrentung mit Rentengarantiezeit)

5) zugleich Beitragszahlungsdauer

6) maximale Leistungsdauer ab Versicherungsbeginn

Bitte in Schwarz ausfüllen!

Original für Direktion

# Zusätzliche Erklärung zum Versicherungsantrag vom \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer	Geburtsdatum
Versicherte Person	Geburtsdatum

## Wichtiger Hinweis über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG und bezüglich der Regelungen zum Gendiagnostik-Gesetz (GenDG):

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Ihnen von uns in Textform gestellten Fragen beantworten. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig, auch wenn Sie bestimmten Umständen nur geringe oder keine Bedeutung beimessen. Diese Angaben werden Bestandteil des von Ihnen angestrebten Versicherungsvertrages.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.

Ergebnisse oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen sind nicht anzugeben, es sei denn, es wird eine Versicherungssumme von mehr als 300.000 Euro bzw. eine Jahresrente von mehr als 30.000 Euro vereinbart.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die Wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an Sie gestellten Fragen verantwortlich.

Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht entnehmen Sie bitte den nachstehenden Informationen:

### 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.

Die Rückzahlung der Beiträge für die bis zum Wirksamwerden des Rücktritts abgelaufene Vertragszeit können Sie nicht verlangen. Bei einem Rücktritt haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

#### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände,

wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

#### 3. Vertragsanpassung

Unser Rücktritts- (außer im Falle einer vorsätzlichen Anzeigepflichtverletzung) oder unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Diese anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen hin rückwirkend, bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht erst ab der laufenden Versicherungsperiode, Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Auf dieses Recht müssen wir Sie in unserer Mitteilung gesondert 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 innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

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. Vertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung, der Anfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Vertreters 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 Vertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

#### 6. Arglist

Unser Recht, im Falle einer arglistigen Anzeigepflichtverletzung den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Falle einer wirksamen Arglistanfechtung sind wir nicht zur Leistung aus dem angefochtenen Versicherungsvertrag verpflichtet.

Daher kontrollieren Sie bitte sorgfältig, ob alle Fragen vollständig und korrekt beantwortet sind, bevor Sie den Antrag unterschreiben. Dies gilt auch, wenn Ihnen eine andere Person beim Ausfüllen des Antrags geholfen hat.

**Für Sterbegeldversicherungen\* nach Tarif A1 bis max. 10.000,- € Todesfallleistung und Fondsgebundene Lebensversicherungen nach Tarif PVL bis max. 40 Jahre Versicherungsdauer ist die Beantwortung der Fragen 1.1 bis 1.3 ausreichend. \*(alle Abschlüsse bei der VPV innerhalb der letzten 6 Monate)**

### Fragen zur versicherten Person bezüglich der derzeitigen gesundheitlichen Gegebenheiten

1.1 Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an:

cm	kg
_____	_____

1.2 Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen?  nein  ja  
 Hierzu gehören u.a. Fehlbildungen, Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen, Verlust eines Auges.

Welche?

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behindereneigenschaft (MdE/GdB) oder einer Pflegestufe?  nein  ja

MdE  GdB  
 \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ seit  
 Gründe für MdE, GdB

Wurde eine Pflegestufe anerkannt oder beantragt?  nein  ja

Pflegestufe (I, II, III)  
 \_\_\_\_\_  beantragt  anerkannt seit \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion, bzw. besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre ein positiver Test auf Hepatitis B oder Hepatitis C?  nein  ja

positives Testergebnis  
 HIV  Hepatitis B  Hepatitis C

oder warten Sie noch auf das Testergebnis?  nein  ja

erwarte noch Testergebnis für  
 HIV  Hepatitis B  Hepatitis C

1.3 Bitte geben Sie hier Ihren Hausarzt an

Name und Anschrift

kein Hausarzt vorhanden; dann bitte Angabe des am besten informierten nichtärztlichen Therapeuten oder des Krankenversicherers

Name, Ort

Bitte beachten Sie, dass wir nicht notwendigerweise den von Ihnen angegebenen Behandler kontaktieren. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Ihnen hier gestellten Fragen zu beantworten, damit wir die Ihnen bekannten Gefahrumstände bei der Entscheidung zur Risikübernahme berücksichtigen können.

Original für Direktion  
 1. Kopie für Vermittler  
 2. Kopie für Antragsteller

**Für Anträge (alle Tarife) mit einer Todesfallleistung bis 25.000,- € (alle Abschlüsse bei der VPV innerhalb der letzten 6 Monate) ist zusätzlich die Beantwortung der Fragen 2.1 bis 2.2 erforderlich**

Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie Ihr jeweiliges Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen.

Der Rückfragezeitraum beträgt **5 Jahre in Frage 2.1 – 2.2 und 10 Jahre in Frage 3.1 – 3.2**. Uns ist bewusst, dass es für Sie schwierig werden kann, über solche Zeiträume Aussagen zu treffen. Bitte nutzen Sie deshalb alle Ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, sich vor und bei der Beantwortung der Fragen über die jeweilige Gesundheitslage sachgerecht zu informieren.

**Fragen zur versicherten Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 5 Jahre**

Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbeispiele aus dem Fragen-/Antwortbereich 2.\*

**2.1 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren**

**Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen**

des Herzens oder der Kreislauforgane?

Hierzu gehören u.a. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, ärztlich behandelter Schwindel, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen.\*

nein  ja

der Atmungsorgane?

Hierzu gehören u.a. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Hausstauballergie.\*

nein  ja

der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Leber, der Galle, der Bauchspeicheldrüse?

Hierzu gehören u.a. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis, Veränderung der Leberwerte.\*

nein  ja

der Nieren und Harnwege, Geschlechtsorgane?

Hierzu gehören u.a. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin.\*

nein  ja

der Haut?

Hierzu gehören u.a. Ekzeme, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte oder Hautveränderungen.\*

nein  ja

der Finger, Hände, Arme, Beine, Füße, des Rückens und der Wirbelsäule, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder?

Hierzu gehören u.a. Bewegungseinschränkungen, Rückgratverkrümmung, ärztlich behandelter Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, ärztlich festgestellter (Gelenk-)Verschleiß, Rheuma, Fibromyalgie.\*

nein  ja

des Gehirns oder des Nervensystems?

Hierzu gehören u.a. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Migräne, ärztlich behandelte Kopfschmerzen.\*

nein  ja

der Augen?

Hierzu gehören u.a. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Blindheit ein- oder beidseitig, Augenhintergrundveränderungen, erhöhter Augendruck (grüner Star), Netzhauterkrankungen, Hornhautveränderungen, Linsenrübungen (grauer Star).\*

nein  ja

der Ohren?

Hierzu gehören u.a. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus (Ohrgeräusche), Lärmschaden.\*

nein  ja

des Stoffwechsels?

Hierzu gehören u.a. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung.\*

nein  ja

des Blutes?

Hierzu gehören u.a. Blutarmut/Anämie, Blutkrebs, Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit.\*

nein  ja

**2.2 Werden Ihnen derzeit regelmäßig wegen der unter 2.1 genannten Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente verordnet?**

nein  ja

Bitte hier die Gesundheitsangaben eintragen mit Angaben zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsfähigkeitszeiten, zu Untersuchungsergebnissen sowie mit detaillierten Angaben zu Medikamenten (Name?, Dosis?), eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen und dem Namen und der Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut).\*












Welche?

**Bei einer Todesfallleistung über 25.000,- € ist zusätzlich die Beantwortung der Fragen 3.1 bis 4.3 erforderlich**

**Fragen zur versicherten Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 10 Jahre**

Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbeispiele aus dem Fragen-/Antwortbereich 3.\*

**3.1 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen im Zusammenhang mit:**

Bitte hier die Gesundheitsangaben eintragen mit Angaben zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsfähigkeitszeiten, zu Untersuchungsergebnissen sowie mit detaillierten Angaben zu Medikamenten (Name?, Dosis?), eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen und dem Namen und der Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut).\*

- operativen Eingriffen (auch z. B. mittels Laser)?

nein  ja

- den Folgen von Alkohol- oder Drogenkonsum?

nein  ja

- einem Suizidversuch?

nein  ja

- Erkrankungen oder Störungen der Psyche?

Hierzu gehören u.a. depressive Stimmungen, Angstzustände, Essstörung.\*

nein  ja

**3.2. Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium stationär aufgehalten oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen ?**

nein  ja

**Fragen zur versicherten Person bezüglich besonderer Gefährdungen und Gegebenheiten**

Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbeispiele aus dem Fragen-/Antwortbereich 4.\*

4.1 Haben Sie derzeit beruflich

Umgang mit explosiven Stoffen/Gasen?

nein  ja

Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:

Umgang mit radioaktiven Stoffen?

nein  ja

Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:

Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen wie biologischen Arbeitsstoffen oder hautbelastenden Substanzen?

nein  ja

Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:

4.2 Üben Sie eine oder mehrere Sportart(en) aus?

Hierzu gehören u.a. Tauchen, Reiten, Bergsport, Fallschirmspringen, Flugsport oder Wettfahrten aller Art.\*

Nehmen Sie an sportlichen Wettkämpfen/Wettbewerben teil?

nein  ja

Welche?

nein  ja

Welche?

4.3 Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU, Islands, Norwegens, der Schweiz, der USA oder Kanadas von insgesamt mehr als 12 Wochen?

nein  ja

Wann? Wohin? Zeitraum? Anlass?

**Bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. bei der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung müssen neben den Fragen 1.1 bis 4.3 zusätzlich die Fragen 5.1 bis 5.10 beantwortet werden**

**Fragen zur versicherten Person bezüglich der beruflichen Gegebenheiten**

5.1 In welcher Branche sind Sie derzeit tätig?

seit

5.2 Wie lautet Ihre jetzige Berufsbezeichnung?

5.3 Welche Tätigkeiten üben Sie im Detail aus?

5.4 Die Tätigkeit wird ausgeübt als:

Angestellte/r  Angestellte/r im öff. Dienst  Arbeiter/in  
 Beamtin/Beamter seit: \_\_\_\_\_  
 Freiberufl./selbstständig seit: \_\_\_\_\_  
 Schüler/in, Student/in, Hausfrau/-mann

5.5 In welchem zeitlichen Umfang üben Sie Ihre Tätigkeit aus?

Vollzeit  Teilzeit \_\_\_\_\_ Std./Woche  
 befristet bis: \_\_\_\_\_  
 Maßnahme der Arbeitsagentur befristet bis: \_\_\_\_\_  
 Freiberufl./selbst. seit: \_\_\_\_\_  
mit \_\_\_\_\_ Vollzeitmitarbeitern \_\_\_\_\_ Teilzeitmitarbeitern

5.6 Anteil Büro-/ Reise-/ körperl. Tätigkeit?

\_\_\_\_\_ % Büro- \_\_\_\_\_ % Reise- \_\_\_\_\_ % körperl. Tätigkeit

5.7 Gelten für Ihre Tätigkeit(en) besondere Regelungen zum Gesundheits- oder Unfallschutz und/oder zur Arbeitssicherheit, wegen der bei Ihnen regelmäßig Vorsorge- und/oder Tauglichkeitsuntersuchungen durchgeführt werden?

nein  ja

Welche?

5.8 Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt oder ist ein Wechsel für die nächsten 12 Monate vorgesehen?

nein  ja

Weshalb?

5.9 Einkommensangaben:

Mein monatliches Bruttoeinkommen beträgt derzeit (bzw. Nettoeinkommen bei Selbstständigen/Freiberuflern = verfügbares Einkommen nach Steuern)

nein  ja

Bitte geben Sie hier Ihr Einkommen aus selbstständiger bzw. nicht selbstständiger Tätigkeit an  
€ \_\_\_\_\_ monatlich

5.10 Haben Sie Ansprüche auf Leistungen bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit aus bereits bestehenden Absicherungen und/oder Versicherungsverträgen?

nein  ja

Berufsunfähigkeit € \_\_\_\_\_ p. a.  
 Erwerbsunfähigkeit € \_\_\_\_\_ p. a.  
 Dienstunfähigkeit € \_\_\_\_\_ p. a.  
 Kammerversorgung € \_\_\_\_\_ p. a.

**Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)**

Zu folgenden Fragen habe ich keine Antwort gegeben und reiche daher die Angaben, die ich hier nicht machen möchte, unverzüglich und schriftlich nach.

Zusätzliche Angaben liegen anbei

Es folgen noch Angaben

Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Anzahl Extrablätter: \_\_\_\_\_

**Schweigepflichtentbindung**

Die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung erfolgen gesondert.

Ich bestätige hiermit, die Rechtsfolgenbelehrung bezüglich meiner gesetzlichen Verpflichtung zur Anzeige aller mir bekannten und für die Übernahme der Gefahrerheblichen Umstände gelesen und verstanden zu haben. Alle mir dazu gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers  
**X**

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Versicherungsnehmers  
**X**

Unterschrift des Vermittlers  
**X**

Unterschrift zu vers. Person, falls nicht Versicherungsnehmer  
**X**

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person  
**X**

## Vorversicherungen

Bestehen oder bestanden für den Antragsteller, die zu versichernde Person oder den Beitragszahler bereits Versicherungen bei der Vereinigten Postversicherung VVaG, der VPV Lebensversicherungs-AG, Kölner Postversicherung VVaG, der Bayerischen Postversicherung, der Postversicherungskasse oder der Post-Sterbekasse?  nein  ja

versicherungsnummer(n)?

## Bezugsberechtigung

(Der Versicherer ist berechtigt, an den Inhaber des Versicherungsscheins zu leisten)

Bezugsberechtigte Person(en) im Todesfall der versicherten Person (Nachname, Vorname, Geb.-Datum)

Bezugsberechtigte Person(en) im Erlebensfall (Nachname, Vorname, Geb.-Datum)

## Besondere Vereinbarungen

(siehe auch Wichtige Hinweise sowie § 2 Abs. c) der Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz)

Werden besondere Vereinbarungen gewünscht?  nein  ja

Welche? (z. B. Ausschluss Kapitalwahlrecht)

## Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernde Person

Für Anträge, die einen Versicherungsschutz für den Todesfall oder für Berufsunfähigkeit beinhalten, ist die Beantwortung zusätzlicher Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen, zur beruflichen Situation, zu sportlichen Aktivitäten und Auslandsaufenthalten der zu versichernden Person erforderlich. Wir bitten Sie, diese Fragen im Rahmen der Antragsaufnahme auf unserem zusätzlichen Formblatt 1.KAB.0099 bzw. dem persönlichen Risikoprüfungsprotokoll zu beantworten. Nur die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen schützt Sie und Ihre Angehörigen vor Nachteilen.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Wichtigen Hinweise. Sie enthalten Informationen zur Datenverarbeitung und weitere wichtige Hinweise; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Wichtigen Hinweise zum Inhalt dieses Antrags.

## Widerrufsbelehrung

### Widerrufsrecht

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. Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: VPV Lebensversicherungs-AG, Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart oder Postfach 31 17 55, 70477 Stuttgart

Ein Widerruf per Telefax ist an folgende Faxnummer zu richten: 07 11 / 13 91-60 01

Ein Widerruf per E-Mail ist an folgende E-Mail-Adresse zu richten: info@vpv.de

Ein Widerruf per E-Postbrief ist an folgende E-Postbrief-Adresse zu richten: info@vpv.epost.de

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr 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 im Anschreiben zum Versicherungsschein auf Seite 2 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

### Besondere Hinweise

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.

Ende der Widerrufsbelehrung.

## Vertragsgrundlagen

Für die Versicherung gelten dieser Antrag sowie die Versicherungsbedingungen mit den dazugehörigen Verbraucherinformationen.

Hiermit bestätige ich den Erhalt folgender Dokumente:

- > Beratungsprotokoll
- > Angebotsberechnung
- > Vertragsbestimmungen inkl. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Druckstücknummer

Ich habe diese Unterlagen rechtzeitig vor meiner Antragstellung erhalten und hatte ausreichend Zeit, diese durchzusehen.

Datum	Unterschrift Antragsteller	Unterschrift gesetzlicher Vertreter
	X	X

## Eigenhändige Unterschriften mit ausgeschriebenen Vor- und Nachnamen

Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer und Antragsteller	Unterschrift gesetzlicher Vertreter des Versicherungsnehmers (bei Minderjährigen)
	X	X
	Unterschrift zu versichernde Person, falls diese nicht Antragsteller ist	Unterschrift gesetzlicher Vertreter der zu versichernden Person
	X	X

## Bitte immer vom Vermittler zu beantworten

Wird wegen Überschreiten der Summengrenzen nach unseren Richtlinien eine ärztliche Untersuchung erforderlich?

nein  ja

Wenn ja, Formular Ärztliches Zeugnis 0.KAB.0003 ausgehändigt?  nein  ja

Welche zusätzliche Anlage zum Versicherungsantrag ist beigelegt?

Zusätzliche Erklärung 1.KAB.0099 und/oder  Formular Nr. \_\_\_\_\_  gesondertes Blatt  
 Persönliches Risikoprüfungsprotokoll Nr. \_\_\_\_\_  RK

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Unterschriften eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den Antragserklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind.

Unterschrift Vermittler

MK	TL	VMNR 1	VMNR 2
----	----	--------	--------