

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

L-AA1001/01.17/tz

Bitte verwenden Sie pro Hauptversicherung einen gesonderten Antrag

Bitte Beiblatt Risikoprüfung L-Z2014 mit einreichen
 Nicht erforderlich bei
 - BUZ-Beitragsbefreiung ohne Risikofragen mit Wartezeit
 - Rentenversicherungen ohne Zusatzversicherung (Ausnahme: Überschussverwendung Bonusrente mit zusätzlichem Todesfallbonus)
 - Tarif ROE ab Eintrittsalter 50 Jahre und bis zu einer Versicherungssumme von 25.000 Euro ohne Zusatzversicherung

Betreuerdaten			Eingangsdatum (bitte freilassen)
Firma		Name, Vorname	
Abschlussvermittler/-in (Nummer)	Betreuer/-in (Nummer)	Bestandspfleger/-in (Nummer)	
Dynamikvermittler/-in (Nummer)	Externe Vermittlernummer	Externe Referenznummer	

Privatversicherung Firmenversicherung (bitte Formular L-Z6003 beifügen)

Versicherungsnehmer/-in = VN natürliche Person Firma

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Titel	Name	Vorname	Geburtsname
Straße, Hausnummer			PLZ	Wohnort
Geburtsdatum		Geburtsort	Staatsangehörigkeit	*Steuer-Identifikationsnummer
Bei Sofortrenten ist die Steuer-Identifikationsnummer erforderlich (falls der VN eine Firma ist, bitte die Steuer-Identifikationsnummer bei der Versicherten Person angeben.)				
<input type="checkbox"/> *Ledig	<input type="checkbox"/> *Verheiratet	<input type="checkbox"/> *Eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> *Geschieden	<input type="checkbox"/> *Verwitwet
<input type="checkbox"/> *Angestellte/-r - Vollzeit	<input type="checkbox"/> *Angestellte/-r - Teilzeit	<input type="checkbox"/> *Arbeiter/-in - Vollzeit	<input type="checkbox"/> *Arbeiter/-in - Teilzeit	
<input type="checkbox"/> *Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Vollzeit	<input type="checkbox"/> *Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Teilzeit	<input type="checkbox"/> *Freiberuflich/selbstständig - Vollzeit	<input type="checkbox"/> *Freiberuflich/selbstständig - Teilzeit	
<input type="checkbox"/> *Gesellschafter-Geschäftsführer/-in	<input type="checkbox"/> *Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/> *Ohne Arbeit/arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> *Sonstiges (z. B. ABM-Maßnahme)	
Ausgeübter Beruf/Branche			Ausbildungs-/Hochschulabschluss/Zusatzangabe zum Beruf (IHK, Uni, FH, BA, etc.)	
*Telefon privat	*Telefon beruflich	*Telefax	*E-Mail	

Steuerpflicht im Ausland Der Versicherungsnehmer ist außerhalb Deutschlands steuerlich ansässig. (Bei Firmen bitte das Formular L-Z2040 verwenden)
 (Bei dem Tarif R1 und bei selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen sowie bei Direktversicherungen sind keine Angaben erforderlich.)

Sofern der/die Versicherungsnehmer/-in außerhalb Deutschlands steuerlich ansässig ist, bitte die folgenden Angaben machen:	Land, in dem die Steuerpflicht besteht	Steuernummer im Ausland	Hinweis zu "Steuernummer im Ausland" für USA: Für natürliche Personen entspricht die TIN (Tax Identification Number) Ihrer Sozialversicherungsnummer (Social Security Number – SSN).
--	--	-------------------------	---

Wirtschaftlich Berechtigter (Bei Firmen bitte das Formular L-Z2040 verwenden.)

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und die damit verbundenen Zahlungen erfolgen auf eigene Veranlassung.
 Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und die damit verbundenen Zahlungen erfolgen **nicht** auf eigene Veranlassung.
 Wenn der VN auf Veranlassung eines Dritten handelt, bitte Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und Anschrift des Dritten angeben.

Welche Beziehung besteht zu dem Dritten?	Weshalb erfolgt die Geschäftsbeziehung/Zahlung nicht auf eigene Veranlassung?
--	--

Versicherte Person = VP

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Titel	Name	Vorname	Geburtsname
Straße, Hausnummer			PLZ	Wohnort
Geburtsdatum		Geburtsort	*Staatsangehörigkeit	*Steuer-Identifikationsnummer
Bei Rückdeckungsversicherungen ist die Angabe der Steuer-Identifikationsnummer nicht erforderlich.				
<input type="checkbox"/> *Ledig	<input type="checkbox"/> *Verheiratet	<input type="checkbox"/> *Eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> *Geschieden	<input type="checkbox"/> *Verwitwet
<input type="checkbox"/> *Angestellte/-r - Vollzeit	<input type="checkbox"/> *Angestellte/-r - Teilzeit	<input type="checkbox"/> *Arbeiter/-in - Vollzeit	<input type="checkbox"/> *Arbeiter/-in - Teilzeit	
<input type="checkbox"/> *Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Vollzeit	<input type="checkbox"/> *Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Teilzeit	<input type="checkbox"/> *Freiberuflich/selbstständig - Vollzeit	<input type="checkbox"/> *Freiberuflich/selbstständig - Teilzeit	
<input type="checkbox"/> *Gesellschafter-Geschäftsführer/-in	<input type="checkbox"/> *Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/> *Ohne Arbeit/arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> *Sonstiges (z. B. ABM-Maßnahme)	
Ausgeübter Beruf/Branche			Ausbildungs-/Hochschulabschluss/Zusatzangabe zum Beruf (IHK, Uni, FH, BA, etc.)	
*Telefon privat	*Telefon beruflich	*Telefax	*E-Mail	

Zusatzfragen bei einer Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung (nicht zu beantworten für Schüler/-innen und Auszubildende)

Mit den folgenden Fragen können wir eine individuelle Risikoeinschätzung vornehmen, die sich positiv auf den Beitrag auswirken kann.
 Wenn Sie zu einer oder zu mehreren dieser Fragen keine Angaben machen, verzichten Sie auf eine mögliche Besserstellung.
 Bei der LV 1871 Unterstützungskasse e.V. sind die Fragen nach dem Familienstand und der Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden eigenen Kinder nicht zu beantworten.

*Familienstand:	<input type="checkbox"/> Verheiratet	*Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden eigenen Kinder (gewöhnlicher Aufenthaltsort):
*Rauchgewohnheiten:	<input type="checkbox"/> Nichtraucher	(Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat. Darunter fällt sowohl der Konsum von Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder sonstigem Tabak unter Feuer als auch das Konsumieren von Nikotin durch elektronische Verdampfer, wie beispielsweise E-Zigaretten.)

Bitte beachten Sie, dass die folgenden Zusatzfragen nur für bestimmte Berufe relevant sind. Durch die Beantwortung der Fragen kann sich gegebenenfalls ein günstigerer Beitrag ergeben. Die betreffenden Berufe finden Sie als pdf Dokument in der Tarifssoftware unter Formulare/Private bzw. Betrieblich/Risikoprüfung/Berufliche Risiken oder online unter www.lv1871.de/berufeliste.pdf.

*Ihr durchschnittlicher Anteil an büro- oder aufsichtsführenden Tätigkeiten:	ca.	%
*Wie viele festangestellte Vollzeitmitarbeiter leiten Sie an (Personal-, Aufsichtsführung)?		
*Ihr höchster Berufsabschluss, Ausbildungsabschluss in Deutschland?		
<input type="checkbox"/> Diplom/Master/Magister/Staatsexamen: Universität	<input type="checkbox"/> Diplom/Master: Fachhochschule	<input type="checkbox"/> Bachelor: Universität, Fachhochschule
<input type="checkbox"/> Berufliches Studium: Berufsakademie, private Hochschule	<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Weiterbildung: Meister, Techniker, Fachwirt	<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Berufsausbildung

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

L-AA1001/01.17/tz

Mitzuversichernde Person für die Hinterbliebenen-Zusatzversicherung (HZV)				
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Titel	Name	Vorname	Geburtsname
Straße, Hausnummer			PLZ	Wohnort
Geburtsdatum		Geburtsort	*Staatsangehörigkeit	
<input type="checkbox"/> *Ledig	<input type="checkbox"/> *Verheiratet	<input type="checkbox"/> *Eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> *Geschieden	<input type="checkbox"/> *Verwitwet
<input type="checkbox"/> *Angestellte/-r - Vollzeit	<input type="checkbox"/> *Angestellte/-r - Teilzeit	<input type="checkbox"/> *Arbeiter/-in - Vollzeit	<input type="checkbox"/> *Arbeiter/-in - Teilzeit	
<input type="checkbox"/> *Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Vollzeit	<input type="checkbox"/> *Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Teilzeit	<input type="checkbox"/> *Freiberuflich/selbstständig - Vollzeit	<input type="checkbox"/> *Freiberuflich/selbstständig - Teilzeit	
<input type="checkbox"/> *Gesellschafter-Geschäftsführer/-in	<input type="checkbox"/> *Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/> *Ohne Arbeit/arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> *Sonstiges (z. B. ABM-Maßnahme)	
Ausgeübter Beruf/Branche			Ausbildungs-/Hochschulabschluss/Zusatzangabe zum Beruf (IHK, Uni, FH, BA, etc.)	
*Telefon privat		*Telefon beruflich	*Telefax	*E-Mail

*Sofern Sie Zahlungen mittels Lastschrift wünschen, benötigen wir folgende Angaben sowie Ihre Unterschrift:

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften	
Gläubiger-Identifikationsnummer DE83LV0000165509 (der LV 1871)	Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt
Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der LV 1871 auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.	
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Frist für die Vorabinformation: Die LV 1871 informiert den Zahler bei dem ersten Abruf sowie bei Änderung von Beitrag und/oder Abbuchungstermin spätestens 5 Bankarbeitstage vor dem Abbuchungstermin über den anstehenden Einzug.	
IBAN DE _____	Name des Kreditinstituts
Name, Vorname, Straße, Postleitzahl, Ort des/der Kontoinhabers/-in	
Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber/-in (ggf. zusätzlich Firmenstempel) X
Der Vermittler ist nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der VN 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 VN nach Geldwäschegesetz (Bei Firmen bitte das Formular L-Z2040 verwenden.). Sofern ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wird, sind keine Angaben erforderlich. Ausnahme: Wenn der laufende Beitrag pro Jahr 12.000,- € überschreitet oder wenn der Einmalbeitrag sich auf mehr als 100.000,- € beläuft, sind trotz SEPA-Lastschriftmandat die nachfolgenden Angaben zur Identifizierung erforderlich.	
<input type="checkbox"/> Personalausweis-Nr. oder <input type="checkbox"/> Reisepass-Nr.	Ausstellungsdatum
Ausstellende Behörde	
Geburtsort	

Politisch exponierte Person (PeP) Angaben sind nur bei natürlichen Personen erforderlich.

1. Üben oder üben Sie ein wichtiges öffentliches Amt mit einer Entscheidungsbefugnis auf Staatsebene wie z. B. als Parlamentsmitglied, Regierungsmitglied, Staatssekretär aus oder sind Sie Mitglied in wichtigen staatlichen Organen wie obersten Gerichten, Rechnungshöfen oder in Führungsorganen staatlicher Unternehmen? Falls "ja", welches?
2. Sind Sie Botschafter, Geschäftsträger oder hochrangiger Offizier der Streitkräfte? Falls "ja", bitte Beschreibung Ihrer Funktion
3. Sind Sie Familienmitglied einer dieser Personen? Falls "ja", zu wem stehen Sie in welcher verwandtschaftlichen Beziehung?

Rechtsnachfolger für den/die Versicherungsnehmer/-in im Todesfall (nur für Tarif R1) – gilt nicht bei Firmenversicherungen

<input type="checkbox"/> Ist der Versicherungsnehmer nicht selbst die Versicherte Person, soll bei seinem Tod die Versicherte Person neuer Versicherungsnehmer werden. Der Versicherungsnehmer kann diese Regelung jederzeit vor seinem Tod schriftlich widerrufen und eine neue Rechtsnachfolge bestimmen.

Empfänger/-in der Versicherungsleistung (Bei Firmen bitte das Formular L-Z6003 verwenden.)

Im Erbensfall: VN oder <input type="checkbox"/> Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift oder Firma, Anschrift	
Im Todesfall: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift	
Bei fehlender Eintragung wird an den/die Erben des VN, bei Fremdversicherung (VN und VP nicht identisch) an den VN geleistet.	
Bei abweichendem Bezugsrecht bei Zusatzversicherung(en) Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift oder Firma, Anschrift	Tarif(e) der Zusatzversicherung(en)

Antrag auf eine Rentenversicherung

Tarif	Versicherungsbeginn (zum Monatsersten)	Eintrittsalter (Jahre)	Aufschubzeit (Jahre)
Beitragszahlungsdauer (Jahre)	Rentengarantiezeit (Jahre)	Jahresrente in €	Rente in € gemäß Zahlungsweise
Garantierte Rentenerhöhung (nur bei dynamischer 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			
<input type="checkbox"/> erhöhte Altersrente bei Pflegebedürftigkeit Bei einem Eintrittsalter der VP zwischen 50 und einschließlich 59 Jahren sind Gesundheitsfragen zur erhöhten Altersrente bei Pflegebedürftigkeit an die VP (Fragen 12.1 bis 12.4) im Beiblatt Risikoprüfung L-Z2014 zu beantworten.			

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

L-AA1001/01.17/tz

Pflege-Option für die Versicherte Person = VP (nur für die Tarife RT1, RT2)
 Für Direkt- und Rückdeckungsversicherungen beachten Sie bitte den Hinweis zur Pflege-Option auf Seite 4 des Antrags. Bei Direktversicherungen kann, sofern nicht auf die Pflege-Option verzichtet wird, diese unabhängig vom Eintrittsalter unter der Voraussetzung der positiven Risikoprüfung eingeschlossen werden. Hierzu ist die Beantwortung der Gesundheitsfragen an die VP (Fragen 12.1 bis 12.4) im Beiblatt Risikoprüfung L-Z2014 erforderlich.

Die Pflege-Option ist automatisch eingeschlossen
 - bei einem Eintrittsalter der VP unter 50 **und**
 - gleichzeitigem Endalter der VP von mindestens 60 Jahren **und**
 - sofern keine Hinterbliebenenrente (HZV) vereinbart **und**
 - wenn bei einer Rückdeckungsversicherung keine fallende Rente ausgewählt wurde.

Die Pflege-Option ist ausgeschlossen
 - bei einem Eintrittsalter der VP von mindestens 60 Jahren **oder**
 - wenn das Endalter der VP unter 40 Jahren liegt **oder**
 - eine Hinterbliebenenrente (HZV) vereinbart **oder**
 - bei einer Rückdeckungsversicherung die fallende Rente ausgewählt wurde.

Bei einem Eintrittsalter der VP zwischen 50 und einschließlich 59 Jahren **oder** bei einem Endalter der VP zwischen 40 und einschließlich 59 Jahren sind Gesundheitsfragen zur Pflege-Option an die VP (Fragen 12.1 bis 12.4) im Beiblatt Risikoprüfung L-Z2014 zu beantworten

Ich verzichte ausdrücklich auf die Pflege-Option. (Die Beantwortung der Gesundheitsfragen an die VP im Beiblatt Risikoprüfung L-Z2014 ist nicht erforderlich.)

Antrag auf eine Kapitallebens- oder Risikoversicherung (nicht möglich bei Direktversicherungen)

Tarif	Versicherungsbeginn (zum Monatsersten)	Eintrittsalter (Jahre)	Versicherungsdauer (Jahre)
Beitragszahlungsdauer (Jahre)	Erlebensfallsumme in €	Todesfallsumme €/%-Satz	

Überschussverwendung für die Renten-, Kapitallebens- oder Risikoversicherungen (für Hauptversicherung)

Während der Aufschubzeit:

Bonussystem (nicht bei RT1i-Privatversicherungen und RT1i-Direktversicherungen) verzinsliche Ansammlung

verzinsliche Ansammlung - indexorientiert (nur bei RT1i-Privatversicherungen und RT1i-Direktversicherungen) Erlebensfallbonus (nur bei G0 und RT1)

Todesfallbonus (nicht bei Rentenversicherungen) Beitragsverrechnung

Bonussystem mit zusätzlichem Todesfallbonus: 100 % bzw. (nicht bei Rentenversicherungen) % (25 % bis 100 % der Erlebensfallsumme)

Bonusrente mit zusätzlichem Todesfallbonus (nur bei RT1) -fache garantierte Jahresrente (maximal 12-fach) Bonusrente - indexorientiert (nur bei RT1i-Rückdeckungsversicherungen)

Während der Rentenzahlung:

Verwendung zur Rentenerhöhung (dynamische Rente) flexible Rente teildynamische Rente 40 % bzw. % fallende Rente (nur bei Rückdeckungsversicherung)

Antrag auf eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Tarif	Versicherungsbeginn (zum Monatsersten)	Eintrittsalter (Jahre)	Jahresrente bzw. Absicherungssumme bei SBUV in €	Rente bzw. Absicherungssumme bei SBUV in € gemäß Zahlungsweise
Endalter (Jahre)	SBUL: Leistungsendalter (Jahre) oder <input type="checkbox"/> lebenslang		Karenzeit in Monaten (maximal 24)	Karenzeit gilt bei Einschluss Pflegepaket nur für BU
Golden BU oder <input type="checkbox"/> Classic BU	<input type="checkbox"/> Leistung bei Arbeitsunfähigkeit (nur bei Golden BU und nicht bei Firmenversicherungen)		<input type="checkbox"/> garantierte Erhöhung BU-Rente im Leistungsfall 1 % oder	<input type="text"/> % (1-3 %)
<input type="checkbox"/> Startoption (bei SBUS, SBULS; gilt nicht bei Firmenversicherung)	Beitrag pro Zahlungsweise in €			
	für die ersten 10 Jahre		ab dem 11. Jahr	
	Bruttobeitrag	zu zahlender Beitrag ¹	Bruttobeitrag	zu zahlender Beitrag ¹
<input type="checkbox"/> mit Einschluss Pflegepaket (nicht bei Firmenversicherung) (nur bei Golden SBU, SBUL und SBULS)	Jahresrente in € (BU-Jahresrente, max. 24.000 €)		% der BU-Rente (bis 100 %)	
<input type="checkbox"/> mit Einschluss von Unfall-BU-Rente (nicht möglich bei SBUV)	Jahresrente in €		% der BU-Rente (bis 100 %)	

Hinweis: In Verbindung mit der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung können keine Zusatzversicherungen abgeschlossen werden.
¹ Etwaige mit dem Beitrag verrechnete Überschussanteile für Berufsunfähigkeitsversicherungen ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen. Sie können für die Folgejahre nicht garantiert werden.

Zusatzversicherungen für Kapitallebens-, Risiko- und Rentenversicherung

Unfalltod-Zusatzversicherung (UZV) - nicht möglich bei Direktversicherungen

Tarif	Unfalltodsumme €/%-Satz	Bei Einschluss in Rentenversicherung:	-fache Jahresrente
-------	-------------------------	---------------------------------------	--------------------

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

nur Beitragsbefreiung ohne Risikofragen mit Wartezeit
 (siehe Besondere Bedingungen zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)
 Nicht möglich bei jährlichem Zahlbeitrag über 3.000 € (bei Direktversicherungen: maximal 4 % der BBG der gesetzlichen Rentenversicherung), Beitragszahlungsdauer unter 12 Jahren, Dynamiksatz über 5 %, Dynamikfortführung im Leistungsfall oder falls der LV 1871 im Rahmen der Antragsprüfung Umstände bekannt werden, die für die Berufsunfähigkeitsversicherung gefahrerheblich sind.

nur Beitragsbefreiung mit Risikofragen ohne Wartezeit

Berufsunfähigkeitsrente (inkl. Beitragsbefreiung bei laufender Beitragszahlung)

Tarif	Eintrittsalter (Jahre)	Jahresrente in €	Jahresrente in %
Endalter (Jahre)	Leistungsendalter (Jahre) oder <input type="checkbox"/> lebenslang	Karenzeit in Monaten (1-24 Monate)	
Golden BU oder <input type="checkbox"/> Classic BU	<input type="checkbox"/> garantierte Erhöhung BU-Rente im Leistungsfall 1 % oder		<input type="text"/> % (1-3 %) <input type="checkbox"/> Dynamikfortführung im Leistungsfall
<input type="checkbox"/> mit Einschluss von Unfall-Berufsunfähigkeitsrente	Jahresrente in €		% der BU-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.

Überschussverwendung der Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung

Vollständige Beitragsverrechnung Schlussguthaben (nicht bei SBU) Invaliditätsbonus (nur bei Direkt- und Rückdeckungsversicherungen möglich)

Zeitrenten-Zusatzversicherung (ZRZV) (nur bei Tarif RT2, RT3, RT4, G0)

Tarif	Jahresrente in €	Jahresrente in %	Versicherungsdauer (Jahre)
-------	------------------	------------------	----------------------------

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

L-AA1001/01.17/tz

<input type="checkbox"/> Hinterbliebenen-Zusatzversicherung (HZV) (nur bei Tarif RT1, RT2, RT3, RT4)			
Tarif	Eintrittsalter der mitzuversichernden Person (Jahre)	Jahresrente in €	Jahresrente in %

Dynamik (nicht bei Einmalbeitragsversicherung) – Bei BU-Tarifen mit einer Startoption (SBUS, SBULS) ist eine dynamische Anpassung erst ab dem 11. Jahr möglich.

Dynamikmodell Vorjahresbeitrag bzw.	Dynamikprozentsatz 5 % bzw. in % (3-10 %, bei SBU 3-5 %)	<input type="checkbox"/> Ich verzichte ausdrücklich auf das Recht der jährlichen Anpassung ohne erneute Gesundheitsprüfung.
-------------------------------------	--	---

 Gehaltsdynamik bei Rückdeckungsversicherung

Sofern der Beitrag der Direktversicherung die 4 % der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (West) voll ausschöpft, gilt das Dynamikmodell "Beitragsbemessungsgrenze-Relation" als vereinbart, sofern dieses nachfolgend nicht ausdrücklich ausgeschlossen wird:

 kein Dynamikmodell Beitragsbemessungsgrenze-Relation

Sofern der Beitrag der Direktversicherung die 4 % der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (West) unterschreitet, kann das folgende Dynamikmodell gewählt werden:

 Beitragsbemessungsgrenze-Relation**Beitrag** (Mindestbeitrag je Zahlungsweise 10 Euro)Beitragszahlungsweise: monatlich oder vierteljährlich halbjährlich jährlich einmalig (nicht möglich bei den Tarifen G0 und RT2 bzw. bei Tarif RT1 netto)zu zahlender Beitrag pro Zahlungsweise in €¹

ggf. vom zu zahlenden Beitrag abweichender Bruttobeitrag in €

Zuzahlung zu Beginn in € (nur bei RT1, RT1i, RT2)²¹ Etwaige mit dem Beitrag verrechnete Überschussanteile für Risiko-, Zeitrenten- und Berufsunfähigkeits-(Zusatz-) Versicherungen ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen. Sie können für die Folgejahre nicht garantiert werden.² Die beantragte Zuzahlung ist nicht automatisch Bestandteil des Vertrags; diese wird erst mit Eingang der Zahlung vertraglich berücksichtigt.

<input type="checkbox"/> Beitragsdepot	Höhe des Beitragsdepots in €	Depotzinssatz in %	Bei Auswahl eines Beitragsdepots muss die Beitragszahlungsweise jährlich erfolgen.
--	------------------------------	--------------------	--

Besondere Vereinbarungen Es wurden keine Nebenabreden getroffen. Nebenabreden sind nur verbindlich, wenn sie von der LV 1871 schriftlich bestätigt werden. Es wurden folgende Nebenabreden getroffen:**Konto für die Rentenzahlung** (gilt nur bei den Tarifen RT3, RT4, RT7)

*IBAN	*Name des Kreditinstituts
*Name, Vorname, Straße, Postleitzahl, Ort des/der Kontoinhaber/-s	

Hinweis zur Direktversicherung und den Zusatzfragen zur Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung

Es besteht die Möglichkeit, Zusatzfragen zur Berufsunfähigkeitsversicherung zu beantworten, um eine höhere Berufsunfähigkeitsleistung bzw. einen geringeren Beitrag zu erhalten. Durch die Beantwortung der Frage nach dem Familienstand und der Angabe zu der Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden eigenen Kinder kann die sich ergebende Einstufung der zu versichernden Personen bei Direktversicherungen ggf. zu einer arbeitsrechtlichen Diskriminierung führen.

Hinweis zur Pflege-Option bei Direkt- und Rückdeckungsversicherungen

Die Wahl der Pflege-Option kann im Rahmen einer Rückdeckungsversicherung (Pensionszusage) gegebenenfalls zu einer Altersdiskriminierung führen, sofern Mitarbeiter aufgrund des Alters keine Pflege-Option oder nur eine Pflege-Option nach erfolgreicher Risikoprüfung erhalten. Der VN kann die Pflege-Option bei Direktversicherungen und Rückdeckungsversicherungen (Pensionszusage) nur unter der Bedingung der Zustimmung der VP ausüben.

Direktversicherung: Hinweis zur Überschussverwendung Beitragsverrechnung

Bei einer Verrechnung der Überschüsse mit den Beiträgen ist im Fall der Beendigung des Arbeitsverhältnisses der Versicherten Person beim Versicherungsnehmer eine Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft auf die Versicherte Person im Rahmen des versicherungsvertraglichen Verfahrens nicht möglich (§ 2 Absatz 2 Betriebsrentengesetz).

Schlussklärung und Unterschriften

Mir ist bekannt, dass die unten stehenden Hinweise für den gestellten Antrag sowie die Erklärungen des VN und der VP auf Seite 5 wichtige Bestandteile des Vertrags sind. Mit meiner Unterschrift mache ich diese Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Ab Zugang des Versicherungsscheins 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 Versicherungsantrags ist für meine Unterlagen bestimmt.

Bitte reichen Sie unbedingt auch das Formular L-Z2041 "Erklärungen und Hinweise zum Datenschutz" ein.

Ort	Datum	ggf. Firmenstempel
Versicherungsnehmer/-in X		
Versicherte Person/-en X		
gesetzliche Vertreter des/der Versicherungsnehmers/-in (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen)		
gesetzliche Vertreter der Versicherten Person/-en (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen)		
Vermittler/-in X		

Hinweise für den gestellten Antrag**Aufgabe bestehender Versicherungen**

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.

Umtauschrecht

Eine Risikoversicherung mit gleich bleibender Versicherungssumme kann spätestens bis zum Ende des zehnten Versicherungsjahrs und spätestens bis zum 65. Lebensjahr der Versicherten Person ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine kapitalbildende Lebensversicherung mit gleicher oder geringerer Versicherungssumme umgetauscht werden.

Erklärungen des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin und der Versicherten Person**Überschussbeteiligung**

Die Überschussanteile ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen und können für die Folgejahre nicht garantiert werden.

Möglichkeit der Überzahlung (bei höheren Eintrittsaltern)

Ich wurde darüber unterrichtet, dass infolge des vorgerückten Lebensalters der Versicherten 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 und die zugeteilten Anteile an den Bewertungsreserven gemildert.

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

L-AA1001/01.17/tz

Höhe des Rückkaufswerts**Kapitallebensversicherung**

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.

Aufgeschobene Rentenversicherung

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. Bei Versicherungen ohne Beitragsrückgewähr wird kein Rückkaufswert gewährt. Diese werden bei Kündigung beitragsfrei weitergeführt, sofern die erforderliche Mindestrente erreicht ist. Andernfalls wird der Rückkaufswert ausgezahlt und der Vertrag endet. Beim Tarif Rente Netto wird in die Beiträge keine Provision oder Courtage für den Vermittler eingerechnet. Eine eventuell anfallende Vergütung für die Beratung und Vermittlung des Vertrages ist individuell zwischen Ihnen und dem Vermittler zu regeln oder zu vereinbaren.

Sofort beginnende Rentenversicherung

Mir ist bekannt, dass Teile des Einmalbeitrags bei sofort beginnenden Rentenversicherungen mit Beitragsrückgewähr im Todesfall zunächst zur Deckung der bei 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 einer Rentenversicherung nach Tarif RT7/RT70 in den ersten Jahren der Rückkaufswert geringer aus als die entsprechende Todesfallleistung. Über die Entwicklung des Rückkaufswertes gibt eine im Versicherungsschein abgedruckte Tabelle Auskunft. Die Tarife RT3/RT30 und RT4/RT40 sind nicht rückkaufsfähig.

Sofort beginnende Rentenversicherung

Die Tarife RT5 und RT50 sind nicht rückkaufsfähig.

Beginn des Versicherungsschutzes und Fälligkeit des Beitrags

Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz bereits bei Abschluss des Vertrags und vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Jedoch beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Zahlung des Beitrags, frühestens jedoch zum vereinbarten Versicherungsbeginn. Mir ist bekannt, dass der Beitrag mit Zugang des Versicherungsscheins fällig wird, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Hiervon unberührt bleibt die eventuelle Vereinbarung eines vorläufigen Versicherungsschutzes bei Unfall in der Lebensversicherung und/oder in der Berufsunfähigkeitsversicherung.

Vorläufiger Versicherungsschutz für ein Todesfall- und/oder Berufsunfähigkeitsrisiko bei Unfall

Bei Absicherung eines Todesfallrisikos und/oder Berufsunfähigkeitsrisikos gewährt die LV 1871 im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz bei Unfall ab dem Eingang des Antrags im Falle eines Unfalls vorläufigen Versicherungsschutz. Voraussetzung dafür ist insbesondere, dass der LV 1871 ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wurde und der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als drei Monate nach Unterzeichnung dieses Antrags liegt. Die Leistung des vorläufigen Versicherungsschutzes bei Tod (einschließlich einer evtl. Unfalltod-Zusatzversicherung) ist pro Versicherter Person auf 100.000 Euro begrenzt, bei Berufsunfähigkeit auf 13.200 Euro jährliche Rente. Die weiteren Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz bei Unfall in der Lebensversicherung und/oder den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz bei Unfall in der Berufsunfähigkeitsversicherung.

Wirtschaftlich Berechtigter bei einer Firma (bei Direktversicherungen sind keine Angaben erforderlich)			
<input type="checkbox"/>	Der VN ist eine börsennotierte Aktiengesellschaft oder Kommanditgesellschaft auf Aktien. Es sind keine weiteren Angaben erforderlich.		
<input type="checkbox"/>	Der VN ist eine Gesellschaft, wie z. B. eine GmbH, AG, KG, oHG oder GbR. Es gibt dort nachfolgend genannte natürliche Personen, die direkt oder indirekt mehr als 25 Prozent der Kapitalanteile halten oder mehr als 25 Prozent der Stimmrechte kontrollieren:		
	Name	Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Hausnummer		PLZ Wohnort
	Name	Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Hausnummer		PLZ Wohnort
	Name	Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Hausnummer		PLZ Wohnort
	Name	Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Hausnummer		PLZ Wohnort
<input type="checkbox"/>	Der VN ist eine rechtsfähige Stiftung oder Vermögenstreuhänder. Es gibt dort nachfolgend genannte natürliche Personen, die jeweils 25 Prozent oder mehr des Vermögens kontrollieren oder jeweils zu 25 Prozent oder mehr begünstigt sind:		
	Name	Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Hausnummer		PLZ Wohnort
	Name	Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Hausnummer		PLZ Wohnort
	Name	Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Hausnummer		PLZ Wohnort
	Name	Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Hausnummer		PLZ Wohnort
<input type="checkbox"/>	Der VN erklärt, dass keine Gesellschafter oder natürliche Personen vorhanden sind, die direkt oder indirekt mehr als 25 Prozent der Kapitalanteile halten oder mehr als 25 Prozent der Stimmrechte kontrollieren oder die 25 Prozent oder mehr des Vermögens kontrollieren oder jeweils zu 25 Prozent oder mehr begünstigt sind.		

Identifizierung bei einer Firma Sofern ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wird, sind keine Angaben erforderlich. **Ausnahme:** Wenn der laufende Beitrag pro Jahr 12.000,- € überschreitet oder wenn der Einmalbeitrag sich auf mehr als 100.000,- € beläuft, sind trotz SEPA-Lastschriftmandat die nachfolgenden Angaben zur juristischen Person zur Identifizierung erforderlich.

Die Beiträge werden vom Konto des VN überwiesen (gilt nur bei Direktversicherungen):

IBAN DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Name des Kreditinstituts
--	--------------------------

Name, Vorname, Straße, Postleitzahl, Ort des/der Kontoinhaber/-s

oder

Die juristische Person oder Personengesellschaft erteilt folgende Angaben:

Rechtsform

Registernummer soweit vorhanden (z. B. Handelsregisternummer)

Anschrift des Sitzes oder der Hauptniederlassung

Namen, Vornamen der Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter (bei mehr als fünf Vertretern sind die Angaben zu fünf Vertretern ausreichend):

1.	Name	Vorname
2.	Name	Vorname
3.	Name	Vorname
4.	Name	Vorname
5.	Name	Vorname

Ein aktueller Registrauszug oder gleichwertige Dokumente (z. B. Gründungsdokumente, Gesellschaftervertrag) sind als Anlage beigelegt.

Steuerpflicht im Ausland (Bei dem Tarif R1 und bei selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen sowie bei Direktversicherungen sind keine Angaben erforderlich.)

Das Unternehmen ist außerhalb Deutschlands steuerlich ansässig. Sofern das Unternehmen außerhalb Deutschlands steuerlich ansässig ist, bitte die folgenden Angaben machen:

Gründungsland	Land, in dem die Steuerpflicht besteht
---------------	--

Steuernummer im Ausland	GIIN (Global intermediary identification number) - falls vorhanden
-------------------------	--

- Anteile am Unternehmen bzw. der Muttergesellschaft werden regelmäßig an einer anerkannten Wertpapierbörse gehandelt.
- Das Unternehmen erzielt 50 Prozent seiner Einkünfte oder mehr aus Kapitalerträgen (Dividenden/Zinsen).
- Es gibt mindestens einen Anteilseigner, der mehr als 25 Prozent der Gesellschaftsanteile hält und die Staatsangehörigkeit eines ausländischen Staates besitzt oder im Ausland steuerpflichtig ist (nur zu beantworten, wenn 50 Prozent der Einkünfte des Unternehmens oder mehr aus Kapitalerträgen erwirtschaftet werden).

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer/-in X	Unterschrift Vermittler/-in X
------------	--	---

Zusatzklärung zur Firmenversicherung		
Versicherungsnummer	Firmenstempel des Arbeitgebers	
Versicherte Person (Arbeitnehmer)		
Diensteintritt		
Zusagedatum		
Versicherungsart <input type="checkbox"/> FE Firmen-Einzelversicherung <input type="checkbox"/> SA Kollektivrahmenvertrag (bitte Angabe, welcher Rahmenvertrag zu Grunde liegt, z. B. BVUFS)	Versicherungsform <input type="checkbox"/> Direktversicherung <input type="checkbox"/> Arbeitnehmerfinanziert <input type="checkbox"/> Arbeitgeberfinanziert <input type="checkbox"/> Mischfinanzierung (Beiträge sind arbeitgeber- und arbeitnehmerfinanziert) Bitte Gehaltsumwandlungsbetrag in die "Vereinbarung über den Abschluss einer Direktversicherung durch Gehaltsumwandlung" eintragen.	
<input type="checkbox"/> Rückdeckungsversicherung <input type="checkbox"/> Arbeitnehmerfinanziert <input type="checkbox"/> Arbeitgeberfinanziert <input type="checkbox"/> Mischfinanzierung		
Zusageform bei Direktversicherung: Die Standard-Zusageform bei Direktversicherungen ist die beitragsorientierte Leistungszusage gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 1 BetrAVG (Betriebsrentengesetz). Eine abweichende Zusageform ist gesondert zu dokumentieren und der Lebensversicherung von 1871 a. G. München in Textform anzuzeigen.		
Bitte zutreffendes Bezugsrecht ankreuzen!		
A. Bezugsrecht zur Direktversicherung Auf die Versicherungsleistung der Direktversicherung (einschließlich Überschussanteile, die ausschließlich zur Verbesserung der Versicherungsleistungen verwendet werden) wird der Versicherten Person (Arbeitnehmer) sowohl für den Todes-, als auch für den Erlebensfall ein nicht übertragbares und nicht beleihbares ...		
<input type="checkbox"/> ... unwiderrufliches Bezugsrecht unter dem nachstehenden Vorbehalt (Regelfall Arbeitgeberfinanziert - nicht zulässig bei Mischfinanzierung und den Tarifen RT3, RT4 und RT5) eingeräumt: Dem Versicherungsnehmer bleibt das Recht vorbehalten, alle Versicherungsleistungen für sich in Anspruch zu nehmen, wenn das Arbeitsverhältnis durch vorzeitiges Ausscheiden vor Eintritt des Versicherungsfalles endet, es sei denn, die Versicherte Person hat die Voraussetzungen für die Unverfallbarkeit nach dem Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung erfüllt. Sofern die Versicherte Person nicht unter den Anwendungsbereich des BetrAVG fällt, sind die Vorschriften des BetrAVG hinsichtlich des Vorliegens von unverfallbaren Anwartschaften entsprechend anzuwenden.		
<input type="checkbox"/> ... unwiderrufliches Bezugsrecht (Regelfall Arbeitnehmerfinanziert - zwingend bei Mischfinanzierung) eingeräumt.		
Bei Besteuerung der Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Einkommensteuergesetz) ist die Versicherungsleistung im Todesfall in nachfolgender Reihenfolge zu zahlen an:		
a. den Ehegatten, mit dem der Arbeitnehmer bei seinem Tode in gültiger Ehe verheiratet war bzw. an den gemäß dem Lebenspartnerschaftsgesetz eingetragenen Partner. b. Kinder gemäß § 32 Abs. 3 und 4 Satz 1 Nr. 1-3 und Abs. 5 EStG sowie an namentlich benannte Pflege-/Stief- und faktische Stiefkinder, wenn diese im Haushalt des Arbeitnehmers dauerhaft aufgenommen worden sind und eine schriftliche Bestätigung über das Bestehen eines entsprechenden Kindschaftsverhältnisses zum Auszahlungsbeginn vorliegt, zu gleichen Teilen. Für Zusagen, die bis zum 31.12.2006 erteilt wurden, gelten für das Vorliegen einer begünstigten Hinterbliebenenversorgung die Altersgrenzen des § 32 EStG in der bis zum 31.12.2006 geltenden Fassung. c. den Lebensgefährten, sofern dieser namentlich benannt ist und gegenüber dem Arbeitgeber auch schriftlich versichert wird, dass eine gemeinsame Haushaltsführung besteht. d. den früheren Ehegatten		
Sofern keine der o. g. Hinterbliebenen vorhanden sind und eine Leistung als einmalig angemessenes Sterbegeld gezahlt wird, ist diese an den von der Versicherten Person benannten Bezugsberechtigten, falls nicht vorhanden, an die Erben auszahlbar.		
B. Versicherungsvertragliches Verfahren bei Direktversicherung Scheidet die versicherte Person aus dem Unternehmen aus, kann der Arbeitgeber das versicherungsvertragliche Verfahren wählen, wenn die Direktversicherung als Leistungszusage oder als beitragsorientierte Leistungszusage abgeschlossen wurde und die Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 Satz 2 BetrAVG erfüllt sind. Der Arbeitgeber muss die Wahl des versicherungsvertraglichen Verfahrens innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses sowohl gegenüber dem Arbeitnehmer unter Angabe der Versicherungsnummer als auch gegenüber dem Versicherer erklären. Die Rechtsstellung des Versicherungsnehmers wird sodann auf die versicherte Person übertragen. Diese kann die Versicherung mit eigenen Beiträgen fortführen oder bei ihrem neuen Arbeitgeber als Direktversicherung einbringen. Mit Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft unterliegt der Vertrag der Sperrwirkung nach § 2 Abs. 2 Satz 3-5 BetrAVG. Liegt keine gesetzliche Unverfallbarkeit nach § 1b BetrAVG vor, kann das versicherungsvertragliche Verfahren auf Verlangen des Arbeitgebers in entsprechender Anwendung des § 2 Abs. 2 BetrAVG erfolgen.		
C. Hinweispflicht des Versicherers bei Prämienrückständen Der Versicherer ist nach § 166 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz bei Direktversicherungen verpflichtet, im Fall von Prämienrückständen den bezugsberechtigten Arbeitnehmer bezüglich eines eingeleiteten Mahnverfahrens zu informieren und diesem eine Zahlungsfrist von zwei Monaten einzuräumen. Der Arbeitgeber verpflichtet sich gegenüber dem Versicherer, diesem die ihm bekannte Anschrift des Arbeitnehmers mitzuteilen. Der Arbeitnehmer informiert den Versicherer über Veränderungen bezüglich seiner Anschrift.		
D. Hinweis zum Leistungsumfang bei Direkt- und Rückdeckungsversicherungen Um bei einer beitragsorientierten Leistungszusage oder bei einer Beitragszusage mit Mindestleistung sicherzustellen, dass eine garantierte Leistung (Erleben oder Tod) in Höhe der eingezahlten Beiträge vorhanden ist, muss bei der fondsgebundenen Rentenversicherung eine garantierte Erlebensfall-Leistung in Form der Variante „Beitragsrhalt 100%“ sowie eine garantierte Todesfall-Leistung in Form von „Beitragsrückgewähr“ oder „Vertragsguthaben, mindestens Beitragsrhalt“ gewählt werden. Bei den klassischen Tarifen kann es bei bestimmten Konstellationen (z. B. bei einer kurzen Vertragslaufzeit) dazu kommen, dass die Versicherungsleistung im Erlebens- oder Todesfall geringer als die eingezahlten Beiträge ist.		
E. Bezugsrecht zur Rückdeckungsversicherung Der Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) beantragt das folgende widerrufliche Bezugsrecht: Das Bezugsrecht auf Versicherungsleistungen (einschließlich Überschussanteile) soll dem Versicherungsnehmer zustehen.		
F. Hinweis zur Pflege-Option bei Rückdeckungsversicherungen Nachfolgender Hinweis gilt für Tarife, bei denen eine Pflege-Option angeboten wird: Die Wahl der Pflege-Option kann ggf. zu einer Altersdiskriminierung führen, sofern Mitarbeiter aufgrund des Alters keine Pflege-Option oder nur eine Pflege-Option nach erfolgreicher Risikoprüfung erhalten.		
Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer (Arbeitgeber)	Unterschrift Versicherte Person (Arbeitnehmer)

Entfällt bei arbeitgeberfinanziertem Direktversicherung und Rückdeckungsversicherung

Vereinbarung über den Abschluss einer Direktversicherung durch Gehaltsumwandlung

Zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer wird folgende Vereinbarung getroffen:

1. Dienstvertrag

Der Arbeitgeber ist bereit, für den Arbeitnehmer - entsprechend der im Betriebsrentengesetz (BetrAVG) vorgesehenen Möglichkeit - als zusätzliche Altersversorgung eine Direktversicherung abzuschließen bzw. zu übernehmen. In Abänderung des Dienstvertrages wird mit Wirkung vom folgendes vereinbart:

- a. Der künftige Anspruch auf Zahlung von Barlohn (Bruttobezüge) wird ab dem in Höhe eines Beitrags von Euro
- monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich in einen Anspruch auf Verschaffung von Versicherungsschutz umgewandelt. Damit geht der Anspruch des Arbeitnehmers auf Barauszahlung in dieser Höhe endgültig unter; der Gegenwert für seinen Verzicht auf Barauszahlung fließt ihm in Form von Versorgungsleistungen zu.
- Der Teil des Beitrages, der 4% der Beitragsbemessungsgrenze West in der allgemeinen Rentenversicherung (BBG) entspricht, erhöht sich jährlich im selben Verhältnis wie die BBG. Der ggf. überschüssige Teil des Beitrages bleibt hiervon unberührt.
- b. Die vermögenswirksamen Leistungen (VL) werden ab dem in einen Anspruch auf Verschaffung von Versicherungsschutz umgewandelt.
- Der bisherige VL-Vertrag des Arbeitnehmers ruht.
- Der bisherige VL-Vertrag des Arbeitnehmers läuft weiter. (Finanziert aus dem Nettoeinkommen des Arbeitnehmers).
- Es bestand bisher kein VL-Vertrag des Arbeitnehmers. Damit geht der Anspruch des Arbeitnehmers auf VL in dieser Höhe endgültig unter; der Gegenwert für seinen Verzicht auf VL fließt ihm in Form von Versorgungsleistungen zu.
- c. Der Arbeitgeber leistet ab dem monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich einen Zuschuss zur Gehaltsumwandlung in Höhe von Euro

2. Lebensversicherung

Der Arbeitgeber verpflichtet sich, in Höhe aller unter Ziff. 1 aufgeführten Beträge, Beiträge zu einer von ihm abzuschließenden bzw. zu übernehmenden Direktversicherung zu zahlen. Die Direktversicherung wird/ist bei der Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871) abgeschlossen. Die Vertragsdaten der Versicherung werden im Antrag auf Rentenversicherung festgesetzt. Die endgültigen Vertragsdaten ergeben sich aus dem ausgefertigten Versicherungsschein (vgl. Ziff. 10 Rechtsbeziehungen). Bei vorzeitiger Beendigung der Direktversicherung, z. B. aufgrund eines Arbeitgeberwechsels, kann es dazu kommen, dass in den ersten Jahren nach Abschluss der Versicherung kein oder nur ein geringer Rückkaufswert anfällt. Ebenso kann bei einer Beitragsfreistellung der Direktversicherung in den ersten Jahren keine oder nur eine geringe beitragsfreie Versicherungsleistung vorhanden sein. Dies hängt damit zusammen, dass die ersten Versicherungsbeiträge zur Tilgung der Abschlusskosten herangezogen werden, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt sind, und bei Kündigung oder Beitragsfreistellung ggf. noch ein als angemessen angesehener Stornoabzug erfolgt.

3. Steuer

Die Beiträge zur Direktversicherung sind für den Arbeitnehmer einkommenssteuerfrei, soweit die Voraussetzungen des § 3 Nr. 63 EStG erfüllt sind. Darüber hinaus, sowie bei Nichterfüllung der Voraussetzungen des § 3 Nr. 63 EStG sind die Beiträge in voller Höhe individuell zu versteuern.

4. Bruttobezüge

Die Aufwendungen für die Direktversicherung (Beitrag und Steuern) verringern jedoch nicht die Bemessungsgrundlage von Zuwendungen oder Leistungen, die von den Bruttobezügen des Arbeitnehmers abhängig sind (z. B. Gratifikation).

5. Bezugsrecht

Siehe Zusatzserklärung zur Firmenversicherung Buchstabe A. "unwiderruflich" (Alternative 2).

6. Überschussanteile

Das Bezugsrecht bezieht sich auf die Überschussanteile, die ausschließlich zur Verbesserung der Versicherungsleistung verwendet werden. Eine Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen ist ausgeschlossen.

7. Abtretungs- und Beleihungsverbot

Die Abtretung und Beleihung des unwiderruflichen Bezugsrechts wird durch den Arbeitnehmer ausgeschlossen. Ebenso ist die Beleihung, Abtretung oder Verpfändung der Versicherung durch den Arbeitgeber ausgeschlossen.

8. Beendigung des Dienstverhältnisses**a) Versicherungsvertragliche Lösung**

Scheidet der Arbeitnehmer aus dem Unternehmen aus, kann der Arbeitgeber das versicherungsvertragliche Verfahren wählen, wenn die Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 Satz 2 BetrAVG erfüllt sind. Der Arbeitgeber muss die Wahl des versicherungsvertraglichen Verfahrens innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses sowohl gegenüber dem Arbeitnehmer unter Angabe der Versicherungsnummer als auch gegenüber dem Versicherer erklären. Die Rechtsstellung des Versicherungsnehmers wird sodann auf den Arbeitnehmer übertragen. Dieser kann die Versicherung mit eigenen Beiträgen fortführen oder bei seinem neuen Arbeitgeber als Direktversicherung einbringen. Mit Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft unterliegt der Vertrag der Sperrwirkung nach § 2 Abs. 2 Satz 3-5 BetrAVG.

b) Portabilität

Nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses hat der Arbeitnehmer nach § 4 Abs. 3 BetrAVG gegen die LV 1871 einen Anspruch auf Übertragung des Übertragungswerts auf den neuen Arbeitgeber, wenn er diesen Anspruch innerhalb eines Jahres nach Beendigung des Dienstverhältnisses geltend macht und der Übertragungswert die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten nicht übersteigt. Der neue Arbeitgeber ist verpflichtet, eine dem Übertragungswert wertgleiche Zusage zu erteilen und über einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direktversicherung durchzuführen. Für die neue Anwartschaft gelten die Regelungen über Entgeltumwandlung entsprechend.

9. Flexible Altersgrenze

Will der Arbeitnehmer aufgrund des § 6 BetrAVG die Versicherungsleistung dieser Direktversicherung vorzeitig in Anspruch nehmen (flexible Altersgrenze), so richtet sich die Höhe der Versicherungsleistung nach dem Geschäftsplan der LV 1871. Der Arbeitnehmer hat das Recht, während der letzten 5 Jahre vor Ablauf der Versicherung die Höhe der Versicherungsleistung bei der LV 1871 feststellen zu lassen.

10. Rechtsbeziehungen

Im Übrigen regeln sich die Rechtsbeziehungen nach dem Inhalt des bei Abschluss der Direktversicherung ausgefertigten Versicherungsscheines, der dem Arbeitnehmer zur Aufbewahrung übergeben wird; eine Durchschrift bleibt beim Arbeitgeber.

11. Kündigung der Vereinbarung

Diese Vereinbarung wird auf die Dauer des Dienstverhältnisses abgeschlossen. Falls sich die rechtlichen, insbesondere steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Verhältnisse, wie sie derzeit für die Direktversicherung gelten, nachhaltig zu Lasten des Arbeitnehmers oder Arbeitgebers ändern, steht jeder Seite das Recht zu, diese Vereinbarung zu ändern oder aufzukündigen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden sich dann bemühen, diese Vereinbarung den veränderten Verhältnissen anzupassen. Zusätzliche finanzielle Belastungen dürfen dem Arbeitgeber daraus jedoch nicht erwachsen. Eine zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer ggf. bestehende Versorgungsregelung bleibt von dieser Vereinbarung unberührt. Insbesondere gilt diese Vereinbarung nur so lange, wie Lohn oder Gehalt während des Dienstverhältnisses gewährt wird. In Zeiten ohne Lohn-/Gehaltsfortzahlung wie Wehr- und Ersatzdienst, Sonderurlaub, Fortbildung, Mutterschaft, Erziehungsurlaub oder Krankheit (nach Ende der Lohn-/Gehaltsfortzahlung), ist der Arbeitgeber nicht verpflichtet, Direktversicherungsbeiträge zu entrichten. Dies gilt auch im Hinblick auf einen Arbeitgeberzuschuss zur Gehaltsumwandlung, sofern dieser unter Ziff. 1 c) zugesagt wurde.

Daher wird in diesen Fällen eine etwaige Verpflichtung zur Entrichtung von Direktversicherungsbeiträgen durch den Arbeitgeber ausdrücklich ausgeschlossen.

Der Arbeitnehmer hat jedoch das Recht, fällige Beiträge für einen solchen Zeitraum aus anderen privaten Einkünften selbst zu entrichten. Der Ausschluss der Beitragsentrichtungsverpflichtung durch den Arbeitgeber und die Kündigung der Vereinbarung gelten auch dann, wenn der Arbeitnehmer die gesetzlichen Unverfallbarkeitsvoraussetzungen des Betriebsrentengesetzes erfüllt und aus diesem Grund die Beiträge vom Arbeitgeber beanspruchen würde.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Unterschrift des Arbeitnehmers

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 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

- 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 Rückkaufwerts, falls ein solcher vorhanden und/oder vereinbart ist.

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. Auf unser Kündigungsrecht im Fall einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung verzichten wir. Bei Kündigung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Für künftige Versicherungsfälle haben Sie in diesem Fall nur noch Versicherungsschutz in Höhe der beitragsfreien Leistung. Wird die Mindestversicherungsleistung nicht erreicht, haben Sie für künftige Versicherungsfälle keinen Versicherungsschutz mehr.

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 bei fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung durch Sie 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 rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf unser Vertragsanpassungsrecht.

Vertragsanpassungen erfolgen in Form von Beitragserhöhung und/oder Ausschlussklausel. Im Fall der Ausschlussklausel besteht kein Versicherungsschutz für die ausgeschlossenen Umstände (z. B. Erkrankungen, Sportarten, etc.). Erklären wir die Anpassung in Form der Ausschlussklausel nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn die ausgeschlossenen Umstände mit dem Versicherungsfall in keinem Zusammenhang stehen, d. h. nicht kausal sind.

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 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 Vertrags 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.

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

L-Z2014/01.17/tz

Betreuerdaten			Eingangsdatum (bitte freilassen)
Firma		Name, Vorname	
Abschlussvermittler/-in (Nummer)	Betreuer/-in (Nummer)	Bestandspfleger/-in (Nummer)	
Dynamikvermittler/-in (Nummer)	Externe Vermittlernummer	Externe Referenznummer	

Ergänzende Angaben zum Antrag bzw. zur Angebotsanfrage vom

Datum **Dieses Formular ist zwingend dem Antrag bzw. der Angebotsanfrage beizulegen, da sonst keine Bearbeitung stattfinden kann.**

Versicherte Person = VP

Frau Herr **Titel, Name, Vorname**

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.

Angaben zur Risikobeurteilung der Versicherten Person = VP

Die Risikofragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. **Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen.**
Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gem. § 19 Abs. 5 VVG "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" unmittelbar vor den Antragsunterlagen auf Seite 1.

1.1.a. Ja Nein Bestehen bei anderen Versicherungsunternehmen, Pensionskassen oder Pensionsfonds Lebens-, Renten, Dread-Disease-, Pflegerenten-, Berufsunfähigkeits-, Invaliditäts- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre (Probe-)Anträge gestellt bzw. sind (gleichzeitig) weitere Antragstellungen vorgesehen?

Versicherungsunternehmen	Versicherungssumme/Jahresrente in €	Art der Versicherung
--------------------------	-------------------------------------	----------------------

1.1.b. Ja Nein Bestanden innerhalb der letzten 5 Jahre bei anderen Versicherungsunternehmen Lebens-, Renten, Dread-Disease-, Pflegerenten-, Berufsunfähigkeits-, Invaliditäts- oder Grundfähigkeitsversicherungen?

Versicherungsunternehmen	Versicherungssumme/Jahresrente in €	Art der Versicherung
--------------------------	-------------------------------------	----------------------

1.1.c. Ja Nein Wurden zu solchen Versicherungen in den letzten 5 Jahren Erschwerungen gefordert, Anträge abgelehnt oder zurückgestellt?

Versicherungsunternehmen	Jahr der Antragstellung	Grund der Erschwerung/Ablehnung/Zurückstellung
--------------------------	-------------------------	--

1.1.d. Ja Nein Werden bestehende Absicherungen aufgehoben?

Versicherungsunternehmen	Versicherungssumme/Jahresrente in €	Art der Versicherung
--------------------------	-------------------------------------	----------------------

1.1.e. Ja Nein Die Höhe der bestehenden und beantragten jährlichen privaten Berufsunfähigkeitsrenten und Invaliditätsrenten aus betrieblichen Versorgungszusagen beträgt mehr als 60 % des Brutto-Jahreseinkommens (Festgehalt) aus nichtselbstständiger oder Jahresgewinn vor Steuern aus selbstständiger/gewerblicher Tätigkeit? (Nur zu beantworten bei Versicherungen mit BU-Rente; für Studenten, Schüler, Auszubildende, Hausfrauen/-männer sind keine Angaben erforderlich)

Wie viel mehr?

1.2.a. Ja Nein Wird beabsichtigt innerhalb der nächsten 12 Monate außerhalb der EU einen mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt anzutreten?

Wohin? Wann? Wie lange? Grund des Aufenthaltes?

1.2.b. Wird eine der folgenden Sportarten ausgeübt? (Bitte den entsprechenden Fragebogen einreichen)

Ja Nein Motorsport (z. B. Motocross, Rallye, Rundstreckenrennen)

Ja Nein Kampfsport (z. B. Boxen, Judo, Karate)

Ja Nein Wassersport (z. B. Kajak, Kitesurfen, Segeln)

Ja Nein Bergsport (z. B. Bergsteigen, Downhill, Klettern)

Ja Nein Flugsport (z. B. Fallschirmspringen, Paragliding, Segelflug)

Ja Nein Tauchsport (z. B. Pressluft-, Apnoe-, Mischgastauchen)

Ja Nein Reitsport (z. B. Dressur, Military, Springreiten)

Ja Nein gefahrerhebliche Mannschaftssportarten (z. B. Rugby, Eishockey, American Football)

Falls eine oder mehrere Fragen mit "Ja" beantwortet wurden: Wie oft? Wo? Was genau? Nur Freizeitsport ohne Teilnahme an Wettbewerben?

1.2.c. Ja Nein Liegen berufliche Gefahren vor? (z. B. Umgang mit explosiven/radioaktiven/toxischen Stoffen oder mit Waffen, Sondereinsätze) - nicht zu beantworten für Studenten, Schüler und Hausfrauen

Welche?

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

Angaben zum Gesundheitsrisiko der Versicherten Person = VP

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. **Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen.**
Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gem. § 19 Abs. 5 VVG "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" unmittelbar vor dem Beiblatt Risikoprüfung auf Seite 1.

2.1. Körpergröße in cm Gewicht in kg

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

L-Z2014/01.17/tz

2.2. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Störungen, Krankheiten oder Beschwerden

2.2.a. Ja Nein des **Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems** (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Bewusstlosigkeit, Venenentzündung, Krampfadern, Thrombose)?

2.2.b. Ja Nein der **Atemungsorgane** (z. B. Heuschnupfen, Asthma bronchiale, chronische oder wiederholte Bronchitis, Lungenentzündung, berufsbedingte Atemwegsprobleme)?

2.2.c. Ja Nein 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)?

2.2.d. Ja Nein der **Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane** (z. B. Nierensteine, -koliken, Nierenentzündung, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostataentzündung oder -vergrößerung)?

2.2.e. Ja Nein der **Brustdrüse** (z. B. knotige Veränderungen, Entzündungen)?

2.2.f. Ja Nein des **Stoffwechsels** (z. B. erhöhte Blutzuckerwerte, Diabetes mellitus, Gicht, erhöhte Cholesterinwerte, Funktionsstörungen der Schilddrüse)?

2.2.g. Ja Nein in Form von **Blut- oder Tumorerkrankungen** (z. B. Geschwülste, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Darmpolypen)?

2.2.h. Ja Nein in Form von **Infektionskrankheiten, Tropenkrankheiten od. Vergiftungen** (z. B. Tuberkulose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung)?

2.2.i. Ja Nein des **Gehirns, Rückenmarks oder der Nerven** (z. B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen, ärztlich behandelte Kopfschmerzen)?

2.2.j. Ja Nein der **Psyche** (z. B. ADHS, Angststörungen, Burn-out-Syndrom, Depression, Erschöpfungszustände, Essstörungen, psychosomatische Störungen, Schlafstörungen, Stress-Syndrom, Verhaltensauffälligkeiten, Legasthenie, Lernschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Sprachstörungen)?

2.3. Ja Nein Wurden 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?

2.4. Ja Nein Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente eingenommen?

2.5. Ja Nein Werden derzeit oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Behandlungen von Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Masseuren durchgeführt?

2.6. Ja Nein Werden derzeit oder wurden innerhalb der letzten 10 Jahre Behandlungen von Psychologen oder Psychotherapeuten durchgeführt?

2.7. Ja Nein Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angeraten?

2.8. Ja Nein Fand innerhalb der letzten 10 Jahre wegen Alkoholkonsums eine ärztliche Beratung oder Behandlung statt?

2.9. Ja Nein Wurden innerhalb der letzten 10 Jahre Drogen konsumiert?

2.10. Ja Nein Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie, Melanom), erfolgte ein Selbsttötungsversuch oder wurde eine HIV-Infektion (positiver Aids-Test) festgestellt?

Zusatzfragen bei Berufsunfähigkeitsversicherung oder Berufsunfähigkeitszusatzversicherung

2.11. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Störungen, Krankheiten oder Beschwerden

2.11.a. Ja Nein 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)?

2.11.b. Ja Nein der **Augen** (z. B. Fehlsichtigkeit, Netzhautveränderungen, Hornhautverkrümmung, grüner oder grauer Star, entzündliche Augenerkrankungen, eingeschränktes Sehvermögen)?

Dioptrienzahl rechts	Dioptrienzahl links
----------------------	---------------------

2.11.c. Ja Nein der **Ohren** (z. B. Minderung der Hörfähigkeit, Tinnitus (Ohrgeräusch), Gleichgewichtsstörungen)?

2.11.d. Ja Nein der **Haut** (z. B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Ekzeme)?

2.11.e. Ja Nein **allergischer Ursache** (z. B. Hausstauballergie, Tierhaarallergie, beruflich bedingte Allergien)?

2.12. Ja Nein Bestehen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Fehlbildungen, Verluste oder Schäden an Körpergliedern oder -organen, Folgen von Operationen oder Unfällen)?

2.13. Ja Nein Bestehen Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (MdE/GdB) oder Pflegestufe?

2.14. Ja Nein Besteht eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? - nicht zu beantworten für minderjährige Versicherte

2.15. Ja Nein Bestand in den letzten 5 Jahren eine länger als 2 Wochen dauernde zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit oder war die Teilnahme am Schulunterricht krankheitsbedingt nicht möglich?

Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in

Welche/-r Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in ist über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt/Hausärztin)? Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung

Näheres zu den Angaben zum Gesundheitsrisiko der Versicherten Person = VP, die mit "Ja" beantwortet wurden

zu Ziff.	Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.
	Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.
	Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.
zu Ziff.	Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.
	Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.
	Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Weitere Ärzte/Ärztinnen bzw. Heilbehandler/-innen oder nähere Erläuterungen geben Sie bitte unter Angabe der Ziffer und der VP auf einem Beiblatt an.

Ein gesondertes Schreiben mit Seiten wird unterschrieben beigelegt.

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach.

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

L-Z2014/01.17/tz

Fragen zur finanziellen Risikoprüfung bei BU ab einer Gesamtabsicherung von 19.201 € Bitte berücksichtigen Sie dabei auch Absicherungen bei anderen Gesellschaften und weitere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit (siehe auch Frage 3.2.). Bis zu einer Gesamt-BU-Jahresrente von 40.000 € sichern wir 60 % vom durchschnittlichen Brutto-Jahreseinkommen/Jahresgewinn ab. Darüber hinaus reduziert sich die prozentuale Absicherungsgröße auf bis zu 30 %. Ab einer Gesamt-BU-Jahresrente von 25.201 € benötigen wir einen Einkommensnachweis für das vergangene Jahr, ab einer Gesamt-BU-Jahresrente von 32.401 € bitten wir um Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre - jeweils von unabhängiger Stelle.

3.1. Brutto-Jahreseinkommen (Festgehalt) aus nichtselbstständiger oder Jahresgewinn vor Steuern aus selbstständiger/gewerblicher Tätigkeit der letzten drei Jahre?

Jahr	Einkommen in €	Jahr	Einkommen in €	Jahr	Einkommen in €
20		20		20	

3.2. Ja Nein Bestehen weitere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit?
 Beamtenversorgung berufsständische Versorgung
 betriebliche Altersversorgung weitere Versicherungen

3.3. Wir bitten um eine genaue Tätigkeitsbeschreibung (alternativ benötigen wir den entsprechenden Berufsfragebogen)

3.4. Ja Nein Wurde innerhalb der letzten 2 Jahre der Beruf gewechselt, ein Studium, eine Schul- oder Berufsausbildung beendet?
 Wann? Vorherige Tätigkeit/Studium/Schul-oder Berufsausbildung?

3.5. Ja Nein Liegt eine selbstständige Tätigkeit vor?
 Seit wann wird die ununterbrochene selbstständige Tätigkeit ausgeübt?

Angaben zum Gesundheitsrisiko der Versicherten Person zur Pflege-Option = VP (nur bei RT1, RT2, FRV, FRVSP, FRVEP, FRVETF)
Angaben zum Gesundheitsrisiko der Versicherten Person zur erhöhten Altersrente bei Pflegebedürftigkeit = VP (nur bei FBRV, FBRVSP, FRVEP, FRVETF)
 Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. **Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen.**

Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gem. § 19 Abs. 5 VVG "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" unmittelbar vor den Antragsunterlagen auf Seite 1.

Nur zu beantworten
 - bei einem Eintrittsalter der VP zwischen 50 und einschließlich 59 Jahren **oder**
 - bei einem Endalter der VP zwischen 40 und einschließlich 59 Jahren.
 Die Pflege-Option/erhöhte Altersrente bei Pflegebedürftigkeit ist nur unter Vorbehalt einer positiven Risikoprüfung mit eingeschlossen.

12.1 Ja Nein Wurde bei einem gesetzlichen oder privaten Versicherungsträger Leistungen wegen Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit beantragt?

12.2 Ja Nein Bestehen Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Beantragung einer Behinderteneigenschaft (MdE, GdB, GdS) oder Pflegestufe?

12.3 Ja Nein Wird Hilfe oder Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Nahrungsaufnahme, Aufstehen und Zubettgehen, Körperpflege, An- und Auskleiden, Toilettengang, Fortbewegung im häuslichen Bereich) benötigt?

12.4 Ja Nein Wurde eine der folgenden Krankheiten ärztlich diagnostiziert: Multiple Sklerose, HIV-Infektion, Morbus Parkinson, Morbus Alzheimer, Demenz oder Schlaganfall?

Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in der Versicherten Person
 Welche/-r Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in ist über die Gesundheitsverhältnisse der VP am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt/Hausärztin)?

Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung

Voranfrage

Zu diesem Antrag wurde vorab eine Anfrage mit der Nr. gestellt. Bitte fügen Sie die Unterlagen zur Vervollständigung des Antrags bei.

Zu diesem Antrag wurde vorab eine telefonische Anfrage mit Frau/Herrn besprochen.

¹ Ich bin damit einverstanden, dass die in der Voranfrage ggf. bekannt gegebenen Leistungsausschlüsse Vertragsinhalt werden.

Schlussklärung und Unterschriften

Bitte lesen Sie vor Ihrer Unterschrift die "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" unmittelbar vor dem Beiblatt Risikoprüfung auf Seite 1, die wichtiger Bestandteil dieses Vertrages ist. Sie machen sie mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt dieses Beiblatts.

Zur besonderen Beachtung
 Mir ist bekannt, dass dieses Formular nur in Verbindung mit dem zugehörigen Antrag bzw. der zugehörigen Angebotsanfrage gültig ist. Eine Zweitschrift des Versicherungsantrags ist für meine Unterlagen bestimmt.
Bitte reichen Sie unbedingt auch das Formular L-Z2041 "Erklärungen und Hinweise zum Datenschutz" ein.

Ort	Datum
Versicherungsnehmer/-in bzw. Antragsteller/-in X	gesetzliche Vertreter des/der Versicherungsnehmers/-in (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen)
Versicherte Person/-en X	gesetzliche Vertreter der Versicherten Person/-en (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen)

Erklärung des Vermittlers
 Ich erkläre hiermit, dass alle Angaben des Antragstellers bzw. der Versicherten Person/-en, insbesondere jene zu seinen/ihren gesundheitlichen Verhältnissen, wertungsfrei und vollständig in den Antrag aufgenommen wurden und bescheinige ferner, dass nach Prüfung der Angaben die Unterschriften im Antrag eigenhändig geleistet wurden.

Die zuvor genannte Erklärung kann nicht abgegeben werden, da die Fragen an die Versicherte/-n Person/-en
 der Versicherungsnehmer die Versicherte Person selbst ausgefüllt hat.

Ort, Datum	Vermittler/-in X
------------	----------------------------

Name, Vorname des/der Versicherungsnehmers/-in

zum Antrag vom

Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

L-Z2041/01.17/tz

Einwilligungserklärung zur werblichen Kontaktaufnahme Die Einwilligungserklärung gilt nicht für bAV-Verträge.

Ich bin damit einverstanden, dass mich die LV 1871 Unternehmensgruppe* und mein betreuender Vermittler zu Beratungs- und Werbezwecken über folgende Kommunikationswege über Angebote zu Versicherungen kontaktiert. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsverträgen betreffenden Kontakten auch solche, die auf inhaltliche Änderungen, insbesondere Verlängerungen, Ausweitung, Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge der LV 1871 Unternehmensgruppe gerichtet sind.

Meine Kontaktdaten dürfen von der LV 1871 Unternehmensgruppe und meinem betreuenden Vermittler zu diesem Zweck gespeichert und genutzt werden.

Diese Einwilligung ist freiwillig und für den Vertragsabschluss nicht erforderlich. Ich kann sie jederzeit ohne Auswirkung auf das Vertragsverhältnis für die Zukunft gegenüber der LV 1871 Unternehmensgruppe sowie deren einzelnen Gesellschaften mit Wirkung für alle widerrufen.

Ihren Widerruf richten Sie bitte an die in der Fußzeile des Antrags angegebene Adresse.

* Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871), Delta Direkt Lebensversicherung AG München, TRIAS Versicherung AG, LV 1871 Private Assurance AG, LV 1871 Pensionsfonds AG.

Telefon (wie unter Punkt "Versicherungsnehmer" angegeben)

E-Mail Adresse:

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die LV 1871 daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister und unsere Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der LV 1871 unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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

- durch die LV 1871 selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der LV 1871 (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die LV 1871

Ich willige ein, dass die LV 1871 die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die LV 1871 die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die LV 1871 benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

Möglichkeit I:

VP Ich willige ein, dass die LV 1871 – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die LV 1871 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die LV 1871 an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die LV 1871 tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

VP Ich wünsche, dass mich die LV 1871 in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die LV 1871 einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die LV 1871 einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die LV 1871 konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

L-Z2041/01.17/tz

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die LV 1871 konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

VP Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

VP Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der LV 1871

Die LV 1871 verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die LV 1871 benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die LV 1871 zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die LV 1871 tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die LV 1871 führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der LV 1871 Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die LV 1871 führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die LV 1871 erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter http://www.lv1871.de/lv1871_internet/datenschutz.htm eingesehen oder bei Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München, Telefon 089/5 51 67-11 11 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die LV 1871 Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die LV 1871 dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der LV 1871 Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die LV 1871 Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die LV 1871 Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die LV 1871 aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die LV 1871 das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die LV 1871 unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die LV 1871 tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die LV 1871 an das HIS melden. Die LV 1871 und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die LV 1871 tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

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

3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die LV 1871 gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

L-Z2041/01.17/tz

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die LV 1871 Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die LV 1871 zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Die LV 1871 speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der LV 1871 und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Bonitätsauskünfte

Informationen zur Bonität unserer Kunden sind für uns risikorelevant und fließen dabei in unsere Entscheidungen bei der Antrags-, Vertrags- sowie der Leistungsfallbearbeitung mit ein. Hierzu bedienen wir uns externer Auskunfteien, an die allgemeine personenbezogene Daten (z. B. Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum) übermittelt werden. Darauf kann die Auskunftei auch den Rückschluss ziehen, dass Sie einen Versicherungsvertrag bei uns abschließen wollen oder bereits abgeschlossen haben.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie jederzeit für die Zukunft gegenüber der LV 1871 Unternehmensgruppe sowie deren einzelnen Gesellschaften mit Wirkung für alle widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte an die in der Fußzeile des Antrags angegebene Adresse.

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass die LV 1871 für die Beurteilung der zu versichernden Risiken, bei Antragstellung, bei Vertragsbearbeitung und im Rahmen der Leistungsprüfung Informationen über mein Zahlungsverhalten von einer Auskunftei (z. B. Creditreform, Bürgel, Infoscore, Arvato) einholt und nutzt und hierzu auch meine allgemeinen personenbezogenen Daten an die Auskunftei übermittelt.

Datenweitergabe an die TRIAS Versicherung AG

Sollte ein Vertrag zur Absicherung der Berufsunfähigkeit nicht zustande kommen, könnte auch eine funktionelle Invaliditätsversicherung für Sie von Interesse sein. Eine solche wird mit dem Produkt Golden IV von unserem Tochterunternehmen TRIAS Versicherung AG (TRIAS) in Zusammenarbeit mit der BGV-Versicherung AG angeboten.

Um Ihnen ein Angebot über eine funktionelle Invaliditätsversicherung zukommen zu lassen, benötigen wir Ihre Einwilligung, dass wir der TRIAS Ihre Daten zukommen lassen können. Damit die TRIAS prüfen kann, ob sie Ihnen ein Angebot unterbreiten kann und mit welchen Konditionen, benötigt diese alle Daten, welche Sie in diesem Antrag zum Abschluss der Berufsunfähigkeitsversicherung gemacht haben.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie jederzeit ohne Auswirkung auf das Vertragsverhältnis für die Zukunft gegenüber der LV 1871 Unternehmensgruppe sowie deren einzelnen Gesellschaften mit Wirkung für alle widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte an die in der Fußzeile des Antrags angegebene Adresse.

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass die LV 1871 der TRIAS Versicherung AG meinen Antrag bzw. alle hierin enthaltenen Daten sowie alle sonst der LV 1871 zur Prüfung überlassenen Daten, übermitteln darf. Ich willige außerdem ein, dass die TRIAS auf dieser Grundlage ein Angebot für eine Unfallversicherung erstellt und mir oder meinem Vermittler zukommen lässt.

Unterschriften zu den Erklärungen und Hinweisen zum Datenschutz

Ort	Datum	Versicherungsnehmer/-in X
Ort	Datum	Versicherte Person/-en X
Ort	Datum	gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahrs) X
Ort	Datum	gesetzlicher Vertreter X

Liste der externen Dienstleister als Anlage zu den Erklärungen und Hinweisen zum Datenschutz

Dienstleister	Übertragene Aufgaben
Arvato Direct Services Wilhelmshaven GmbH, Olympiast. 1, 26419 Schortens	Zulagenverwaltung Riester
Computershare Communication Services GmbH, Hansastraße 15b, 80686 München	Druckdienstleister
Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden	Adressupdate
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG, Neumarkter Str. 28, 81673 München	Adressupdate
SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden	Bonitätsauskünfte über Privatpersonen
Creditreform München Ganzmüller, Groher & Kollegen KG, Machtfinger Str. 13, 81379 München	Bonitätsauskünfte über Unternehmen
Retarus GmbH, Aschauer Straße 30, 81549 München	SCAN von SPAM und Verschlüsseln von Mails
SOKA-IT, Urlaubs- und Lohnausgleichskasse der Bauwirtschaft, Wettinerstraße 7, 65189 Wiesbaden	Rentenbezugsmitteilungsverfahren
Gutachter und Sachverständige (Ärzte und Psychologen)	Erstellung von Gutachten, Untersuchungen, Beratungsleistung zu Rehabilitationsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten
Berufskundliche Dienstleister	Überprüfung der Ist-Situation (insbesondere des Arbeitsplatzes), Prüfung von Umorganisationsmöglichkeiten und Optimierung von Arbeitstechniken und -abläufen; Hilfe bei der Arbeitsvermittlung
Medicals Direct Deutschland GmbH, Am Schammacher Feld 21, 85567 Grafing bei München	Individueller Vor-Ort-Service im Rahmen der Antragsprüfung; Durchführung von Gesundheitsprüfungen bei hohen Versicherungssummen.
Columba Online Identity Management GmbH, Ritterstraße 3, 10969 Berlin	Digitale Nachlassplaner
Rückversicherungsunternehmen	Unterstützung bei Risiko- und Leistungsprüfung
Rechtsanwaltskanzleien	Beratung, Prozessführung
Steuerberater, Wirtschaftsprüfer	Jahresabschluss/ Wirtschaftsprüfung
Entsorgungsunternehmen	Datenschutzkonforme Vernichtung von Papierunterlagen und Datenträgern
Gesellschaften der LV 1871 Versicherungsgruppe: Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Delta Direkt Lebensversicherung AG München, TRIAS Versicherung AG	Führung von Stammdaten in gemeinsamen Datenverarbeitungs-Verfahren

Name, Vorname des/der Versicherungsnehmers/-in	zum Antrag vom	Versicherungsnummer (falls vorhanden)
--	----------------	---------------------------------------

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

L-Z2042/10.16/tz

**Zusätzlich zum Antrag erhalten Sie eine Einwilligungserklärung im Einzelfall.
Die Antragsbearbeitung kann durch die Entbindung der Schweigepflicht mittels dieser Erklärung beschleunigt werden.**

Einwilligungserklärung im Einzelfall

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken im Rahmen Ihres Antrags ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist.

Die LV 1871 benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wenn Sie in Ihrem Versicherungsantrag die LV 1871 generell von der Schweigepflicht entbinden, so werden Sie von der LV 1871 trotzdem vor jeder Datenerhebung unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck Daten erhoben werden sollen und Sie werden darauf hingewiesen, dass Sie widersprechen können. Damit Ihnen ein Widerspruch möglich ist, wird Ihnen von der LV 1871 eine Widerspruchsfrist eingeräumt. Wenn Sie diese Frist verkürzen wollen, können Sie zusätzlich nachfolgende Einzelfalleinwilligung für die Datenerhebung bei konkreten Ärzten oder Einrichtungen erteilen. In diesem Fall kann die LV 1871 direkt mit den Ärzten oder Einrichtungen in Verbindung treten, ohne Ihnen eine gesonderte Widerspruchsmöglichkeit einzuräumen. Dies führt zu einer Beschleunigung der Antragsprüfung. Die Abgabe dieser Erklärung für Sie ist freiwillig. Wenn Sie diese nicht abgeben wollen, entstehen Ihnen keine Nachteile, außer dass die Antragsbearbeitung unter Umständen länger dauert. Sie können die Erklärung auch jederzeit gegenüber der Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München widerrufen.

Bitte ausfüllen:

Ich willige ein, dass die LV 1871 – soweit es für die Risikobeurteilung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten / die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, direkt bei folgenden Ärzten oder Einrichtungen erhebt und zum Zweck der Antragsprüfung verwendet:

Name des Arztes oder der Einrichtung	ggf. Name des weiteren Arztes oder der Einrichtung
Adresse	Adresse
PLZ und Ort	PLZ und Ort

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die LV 1871 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die LV 1871 an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die LV 1871 tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ort	Datum	Versicherte Person X
Ort	Datum	gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahrs) X
Ort	Datum	gesetzlicher Vertreter X