

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-AA4002/06.17/tz

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

| Versicherungsnehmer/-in = VN | | | | | |
|---|--|--|---|---------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> natürliche Person <input type="checkbox"/> Firma | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr | Titel | Name | | Vorname | Geburtsname |
| Straße, Hausnummer | | | PLZ | Wohnort | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | | Staatsangehörigkeit | *Steuer-Identifikationsnummer |
| <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 | |

| Versicherte Person = VP | | | | | |
|---|--|--|--|----------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr | Titel | Name | | Vorname | Geburtsname |
| Straße, Hausnummer | | | PLZ | Wohnort | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | | *Staatsangehörigkeit | *Steuer-Identifikationsnummer |
| <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 | |

| Höchste in Deutschland abgeschlossene | | |
|---|--|---|
| Schulabschluss <input type="checkbox"/> Keine (Angabe) <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Qualifizierender Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Fachabitur (fachgebundene Hochschulreife) <input type="checkbox"/> Abitur (allgemeine Hochschulreife) <input type="checkbox"/> Ausländischer Abschluss | Hochschulabschluss <input type="checkbox"/> Keine (Angabe) <input type="checkbox"/> Bachelor (Universität oder Fachhochschule) <input type="checkbox"/> Diplom oder Master (Fachhochschule) <input type="checkbox"/> Diplom, Master, Magister, Staatsexamen (Universität) <input type="checkbox"/> Promotion <input type="checkbox"/> Ausländischer Abschluss | Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Keine (Angabe) <input type="checkbox"/> Berufsausbildung handwerklich (Gesellenbrief) <input type="checkbox"/> Berufsausbildung kaufmännisch oder technisch <input type="checkbox"/> Techniker (staatlich geprüft) <input type="checkbox"/> Meisterbrief <input type="checkbox"/> Studium (Berufsakademie, private Hochschule o. ä.) <input type="checkbox"/> Ausländischer Abschluss |

Bei ausländischen Abschlüssen ist die Vorlage des/-r Nachweise/-s mit beglaubigter deutscher Übersetzung vor Vertragsabschluss unbedingt erforderlich.

Bitte beachten Sie: Die Delta Direkt kann den Ausbildungsbonus nur gegen Vorlage entsprechender Nachweise gewähren. Hierzu legen Sie bitte dem Antrag eine Kopie Ihrer Ausbildungsnachweise bei. Erfolgt kein Nachweis, reduziert sich gemäß § 12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen die Versicherungsleistung.

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Familienstand: <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet | | | | | Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden eigenen Kinder (gewöhnlicher Aufenthaltsort): |
| Rauchgewohnheiten: <input type="checkbox"/> Nichtraucher, seit mindestens 10 Jahren <input type="checkbox"/> Nichtraucher, seit mindestens 12 Monaten <input type="checkbox"/> Raucher | | | | | |
| Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren ist, wer in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat. Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten ist, wer seit mindestens 12 Monaten, aber weniger als 10 Jahre 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 der Beginn des Rauchens nach Vertragsabschluss eine Gefährdung darstellt und uns unverzüglich schriftlich anzuzeigen ist. | | | | | |

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-AA4002/06.17/tz

| Zweite versicherte Person = VP 2 | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr | Titel | Name | Vorname | Geburtsname | |
| Straße, Hausnummer | | | PLZ | Wohnort | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | *Staatsangehörigkeit | *Steuer-Identifikationsnummer | |
| <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/Branchen | | | *Ausbildungs-/Hochschulabschluss/Zusatzangabe zum Beruf (IHK, Uni, FH, BA, etc.) | | |
| *Telefon privat | | *Telefon beruflich | *Telefax | *E-Mail | |

| Höchste in Deutschland abgeschlossene | | |
|---|--|---|
| Schulbildung <input type="checkbox"/> Keine (Angabe) <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Qualifizierender Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Fachabitur (fachgebundene Hochschulreife) <input type="checkbox"/> Abitur (allgemeine Hochschulreife) <input type="checkbox"/> Ausländischer Abschluss | Hochschulbildung <input type="checkbox"/> Keine (Angabe) <input type="checkbox"/> Bachelor (Universität oder Fachhochschule) <input type="checkbox"/> Diplom oder Master (Fachhochschule) <input type="checkbox"/> Diplom, Master, Magister, Staatsexamen (Universität) <input type="checkbox"/> Promotion <input type="checkbox"/> Ausländischer Abschluss | Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Keine (Angabe) <input type="checkbox"/> Berufsausbildung handwerklich (Gesellenbrief) <input type="checkbox"/> Berufsausbildung kaufmännisch oder technisch <input type="checkbox"/> Techniker (staatlich geprüft) <input type="checkbox"/> Meisterbrief <input type="checkbox"/> Studium (Berufsakademie, private Hochschule o. ä.) <input type="checkbox"/> Ausländischer Abschluss |

Bei ausländischen Abschlüssen ist die Vorlage des/-r Nachweise/-s mit beglaubigter deutscher Übersetzung vor Vertragsabschluss unbedingt erforderlich.
Bitte beachten Sie: Die Delta Direkt kann den Ausbildungsbonus nur gegen Vorlage entsprechender Nachweise gewähren. Hierzu legen Sie bitte dem Antrag eine Kopie Ihrer Ausbildungsnachweise bei. Erfolgt kein Nachweis, reduziert sich gemäß § 12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen die Versicherungsleistung.

| | |
|---|--|
| Familienstand: <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet | Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden eigenen Kinder (gewöhnlicher Aufenthaltsort): |
| Rauchgewohnheiten: <input type="checkbox"/> Nichtraucher, seit mindestens 10 Jahren <input type="checkbox"/> Nichtraucher, seit mindestens 12 Monaten <input type="checkbox"/> Raucher | |

Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren ist, wer in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat.
 Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten ist, wer seit mindestens 12 Monaten, aber weniger als 10 Jahre 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 der Beginn des Rauchens nach Vertragsabschluss eine Gefahrerhöhung darstellt und uns unverzüglich schriftlich anzuzeigen ist.

Angaben gemäß Geldwäschegesetz (die nachfolgenden Angaben sind auch bei Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für SEPA-Basislastschriften erforderlich)

Identifizierung des VN nach Geldwäschegesetz (Bei Firmen bitte das Formular D-Z2040 verwenden).

Bitte reichen Sie eine Kopie des gültigen Personalausweises oder Reisepasses des VN ein.

Wirtschaftlich Berechtigter (Bei Firmen bitte das Formular D-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.

anonym

Welche Beziehung besteht zu dem Dritten? anonym

Weshalb erfolgt die Geschäftsbeziehung/Zahlung **nicht** auf eigene Veranlassung?
 anonym

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-AA4002/06.17/tz

Politisch exponierte Person (PeP)

Angaben sind bei natürlichen Personen und zusätzlich bei einem zum VN abweichenden wirtschaftlich Berechtigten erforderlich. Sofern es sich bei dem VN um eine juristische Person handelt, sind ebenfalls Angaben zur politisch exponierten Person erforderlich. Die Angaben beziehen sich auf den oder die wirtschaftlich berechtigten Personen (z. B. Anteilseigner).

Politisch exponierte Personen sind alle natürlichen Personen, die ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt auf internationaler, europäischer oder nationaler Ebene oder ein öffentliches Amt unterhalb der nationalen Ebene ausüben, dessen politische Bedeutung vergleichbar ist.

Politische exponierte Personen sind insbesondere Staats- und Regierungschefs; Minister; Mitglieder der Europäischen Kommission; Staatssekretäre; Parlamentsmitglieder; Mitglieder der Führungsgremien politischer Parteien; Mitglieder von obersten Gerichtshöfen; Leitungsorgane von Rechnungshöfen und Zentralbanken; Botschafter; hochrangige Offiziere der Streitkräfte; Verwaltungs-, Leitungs- und Aufsichtsorgane staatlicher Unternehmen; Direktoren und Mitglieder von Leitungsorganen einer internationalen oder europäischen Organisation.

- Weder der VN noch der wirtschaftlich Berechtigte ist eine politisch exponierte Person.
- Der VN ist eine politisch exponierte Person.
- Der wirtschaftlich Berechtigte ist eine politisch exponierte Person.
- Der VN ist mit einer politisch exponierten Person verwandt, in Gemeinschaft lebend bzw. geschäftlich oder wirtschaftlich verbunden (wirtschaftliche Verbundenheit besteht z. B., wenn die politisch exponierte Person und der VN Anteile an demselben Unternehmen halten).
- Der wirtschaftlich Berechtigte ist mit einer politisch exponierten Person verwandt, in Gemeinschaft lebend bzw. geschäftlich oder wirtschaftlich verbunden (wirtschaftliche Verbundenheit besteht z. B., wenn die politisch exponierte Person und der wirtschaftlich Berechtigte Anteile an demselben Unternehmen halten).

Bitte erläutern:

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

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Gläubiger-Identifikationsnummer DE18DEL0000165515 (der Delta Direkt) **Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Delta Direkt Lebensversicherung AG München (Delta Direkt), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Delta Direkt 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 Delta Direkt 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 Delta Direkt zu leisten hat, anzunehmen. Zahlungen sind direkt an die Delta Direkt zu leisten.

Rechtsnachfolger für den VN im Todesfall – gilt nicht bei Firmenversicherungen

Ist der VN nicht selbst die VP, soll bei seinem Tod die VP neuer VN werden. Der VN kann diese Regelung jederzeit vor seinem Tod schriftlich widerrufen und eine neue Rechtsnachfolge bestimmen.

Empfänger/-in der Versicherungsleistung

Im Todesfall: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

Bei fehlender Eintragung wird an den/die Erben des VN (bei RL2 gegenseitig), bei Fremdversicherung (VN und VP nicht identisch) an den VN geleistet.

Antrag auf eine Risikoversicherung für eine Immobilien-, Kanzlei- oder Praxisfinanzierung bei Neuerwerb (Todesfallsumme darf Darlehensbetrag nicht überschreiten.)

| | | | |
|-------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------|
| Tarif | Versicherungsbeginn (zum Monatsersten) | Eintrittsalter (max. 49 Jahre) | Versicherungsdauer (Jahre) |
| Beitragszahlungsdauer (Jahre) | Todesfallsumme € | Darlehensbeginn | Darlehensbetrag € |

Überschussverwendung der Risikoversicherung

Beitragsverrechnung

Darlehensdaten zu Tarif RL4

| | | | | |
|--|--|-------------------|------|--------------------|
| Sollzins p. a. in % | Anfängliche tilgungsfreie Zeit in Jahren | Tilgungssatz in % | oder | Darlehensrate in € |
| Zahlungsweise der Darlehensrate: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich | | | | |

Unfalltod-Zusatzversicherung (nicht möglich bei Tarif RL2 und RL4)

| | | |
|-------|-------------------------|--|
| Tarif | Unfalltodsumme €/%-Satz | |
|-------|-------------------------|--|

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-AA4002/06.17/tz

| | |
|---|---|
| Beitrag (Mindestbeitrag je Zahlungsweise 5 Euro) | |
| Beitragszahlungsweise: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich | |
| zu zahlender Beitrag pro Zahlungsweise in € ¹ | ggf. vom zu zahlenden Beitrag abweichender Bruttobeitrag in € |
| ¹ Etwaige mit dem Beitrag verrechnete Überschussanteile für Risikoversicherungen ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen. Sie können für die Folgejahre nicht garantiert werden. | |

| |
|--|
| Besondere Vereinbarungen Es wurden keine Nebenabreden getroffen. Nebenabreden sind nur verbindlich, wenn sie von der Delta Direkt schriftlich bestätigt werden. |
| <input type="checkbox"/> Es wurden folgende Nebenabreden getroffen: |
| |

| | |
|--|---|
| Angaben zur Risikobeurteilung der 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. | |
| 13.1. Körpergröße in cm | Gewicht in kg |
| 13.2. Bestand innerhalb der letzten 5 Jahre über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 4 Wochen eine Arbeitsunfähigkeit oder wurden während eines solchen Zeitraums ununterbrochen verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen (außer Verhütungsmittel)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 13.3. Wurde innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen festgestellt oder behandelt: Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung, Diabetes mellitus, Nierenversagen, Lebererkrankung, Depression, HIV-Infektion/AIDS? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 13.4. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge für Versicherungen zur Todesfallabsicherung abgelehnt oder mit Erschwerungen angenommen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 13.5. Liegt im Beruf oder in der Freizeit ein erhöhtes Unfallrisiko vor? (z. B. Umgang mit gefährlichen Stoffen, Motorsport, Bergsport, Flugsport, Tauchsport, Kampfsport, Aufenthalt in Krisengebieten) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

| | |
|---|--|
| Näheres zu den Angaben zur Risikobeurteilung der 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. |
| zu Ziff. 13.4 | Versicherungsunternehmen, Versicherungssumme/Jahresrente, Art der Versicherung, Grund der Erschwerung/Ablehnung/Zurückstellung (ggf. unterstreichen) |
| zu Ziff. 13.5 | Welches? |
| Weitere Ärzte/Ärztinnen bzw. Heilbehandler/-innen oder nähere Erläuterungen geben Sie bitte unter Angabe der Ziffer und der VP auf einem Beiblatt an. | |
| <input type="checkbox"/> Ein gesondertes Schreiben mit <input type="text"/> Seiten wird unterschrieben beigelegt. | |
| Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach. | |

| | |
|--|---|
| Angaben zur Risikobeurteilung der VP 2 | |
| 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. | |
| 13.1. Körpergröße in cm | Gewicht in kg |
| 13.2. Bestand innerhalb der letzten 5 Jahre über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 4 Wochen eine Arbeitsunfähigkeit oder wurden während eines solchen Zeitraums ununterbrochen verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen (außer Verhütungsmittel)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 13.3. Wurde innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen festgestellt oder behandelt: Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung, Diabetes mellitus, Nierenversagen, Lebererkrankung, Depression, HIV-Infektion/AIDS? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 13.4. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge für Versicherungen zur Todesfallabsicherung abgelehnt oder mit Erschwerungen angenommen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 13.5. Liegt im Beruf oder in der Freizeit ein erhöhtes Unfallrisiko vor? (z. B. Umgang mit gefährlichen Stoffen, Motorsport, Bergsport, Flugsport, Tauchsport, Kampfsport, Aufenthalt in Krisengebieten) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-AA4002/06.17/tz

| Näheres zu den Angaben zur Risikobeurteilung der VP 2, 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. |
| zu Ziff. 13.4 | Versicherungsunternehmen, Versicherungssumme/Jahresrente, Art der Versicherung, Grund der Erschwerung/Ablehnung/Zurückstellung (ggf. unterstreichen) |
| zu Ziff. 13.5 | Welches? |
| Weitere Ärzte/Ärztinnen bzw. Heilbehandler/-innen oder nähere Erläuterungen geben Sie bitte unter Angabe der Ziffer und der VP auf einem Beiblatt an. <input type="checkbox"/> Ein gesondertes Schreiben mit <input type="text"/> Seiten wird unterschrieben beigelegt. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach. | |

| Voranfrage für VP und VP 2 | | | | | |
|--|----|---|------|-------------|---|
| Zu diesem Antrag wurde vorab eine Anfrage mit der Nr. | VP | 1 | VP 2 | 1 | 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 einverstanden, dass die in der Voranfrage ggf. bekannt gegebenen Leistungsausschlüsse Vertragsinhalt werden. | | | | | |

| Hinweis zu Rauchgewohnheiten |
|--|
| Ich bin mir/wir sind uns bewusst, dass falsche Aussagen bezüglich meiner/unsere Lebensführungskriterien eine Anzeigepflichtverletzung darstellen und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Der Beginn des Rauchens während der Vertragslaufzeit ist der Delta Direkt unverzüglich anzuzeigen. Ich habe dann das Wahlrecht, entweder den bisherigen Beitrag weiter zu zahlen, während die Delta Direkt die Versicherungssumme entsprechend reduziert, oder die bisherige Versicherungssumme beizubehalten, während die Delta Direkt einen entsprechend höheren Beitrag berechnet. Bei Nichtanzeige und Eintritt des Leistungsfalls wird die Delta Direkt die Todesfallsumme dem gültigen Tarif unter Berücksichtigung der tatsächlichen Lebensführungskriterien entsprechend ab Versicherungsbeginn anpassen. |

| 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 VN im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht. |
| Umtauschrecht (nur bei Tarif RL1) 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 VN und der VP |
|--|
| Überschussbeteiligung Die Überschussanteile ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen und können für die Folgejahre nicht garantiert werden. |
| 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. |
| Vorläufiger Versicherungsschutz für ein Todesfallrisiko bei Unfall (gilt nicht bei einer Angebotsanfrage (Invitatio-Modell)) Bei Absicherung eines Todesfallrisikos gewährt die Delta Direkt 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 Delta Direkt 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. Die weiteren Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz bei Unfall in der Lebensversicherung. |