

Antrag auf Abschluss einer Versicherung

Anforderung eines Angebotes

(siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.1.)

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung a.G.



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

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

Titel, Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort Familienstand

Geburtsdatum Geburtsname Geburtsort

Staatsangehörigkeit deutsch und/oder derzeit ausgeübter Beruf

Telefon tagsüber* E-Mail*

Zusätzliche Angabe bei Abschluss einer kapitalbildenden Lebensversicherung oder (fondsgebundenen) Rentenversicherung (nicht bei Basisrentenversicherungen)

Sind Sie **außerhalb Deutschlands** steuerlich ansässig (eine spätere Änderung ist uns anzuzeigen)? ja (unbedingt **alle Länder** mit zugehöriger Steuer-ID/TIN angeben) nein

Land _____ ausländische Steuer-ID/TIN _____

Land _____ ausländische Steuer-ID/TIN _____

Land vergibt keine Steuer-ID/TIN Steuer-ID/TIN ist beantragt, wurde jedoch noch nicht zugeteilt (Steuer-ID = Steuer-Identifikationsnummer)

Erklärung nach dem Geldwäschegesetz (Nicht erforderlich bei Berufsunfähigkeitsversicherungen, sonst bitte immer ausfüllen!)

I. Zu welchem Zweck wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen (Mehrfachnennungen möglich)?

Altersvorsorge Berufsunfähigkeitsabsicherung Hinterbliebenenversorgung Praxis- oder Firmengründung Darlehensabsicherung
 anderer Zweck _____

II. Identifizierung des Versicherungsnehmers

Die Identifizierung des Versicherungsnehmers erfolgt über einen gültigen Ausweis (Personalausweis, Reisepass). **Bitte vollständige und lesbare Ausweiskopie beifügen!**

III. Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten (Erläuterung siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.3.)

1. Hat Sie ein Dritter veranlasst, den Vertrag zu schließen oder zahlt ein Dritter den Beitrag zu diesem Vertrag? ja nein (weiter bei IV.)

2. Ist dieser Dritte eine natürliche Person? ja nein (Druckstück pav 025 Abschnitt II ausfüllen und weiter bei IV.)

Titel, Vorname, Name

Anschrift

Geburtsdatum Geburtsort Staatsangehörigkeit deutsch oder

Zusätzlich Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten bei einem Einmalbeitrag ab 100.000 EUR oder einem jährlichen Beitragsaufwand ab 12.000 EUR

Die Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten erfolgt über einen gültigen Ausweis (Personalausweis, Reisepass). **Bitte vollständige und lesbare Ausweiskopie beifügen!**

IV. Feststellung von politisch exponierten Personen (Erläuterung siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.4.)

Handelt es sich bei dem Versicherungsnehmer, dem etwaigen wirtschaftlich Berechtigten oder dem etwaigen Bezugsberechtigten um eine politisch exponierte Person, ein Familienmitglied einer politisch exponierten Person oder eine ihr bekanntermaßen nahestehende Person? ja (Druckstück scp 515 für die betreffende Person ausfüllen) nein

V. Zusätzliche Angaben bei einem Einmalbeitrag ab 250.000 EUR oder einem jährlichen Beitragsaufwand ab 60.000 EUR

Woraus wird der Beitrag finanziert (Mehrfachnennungen möglich)? **Bitte immer Nachweise beifügen.**

Einkommen/Gewinn: Wie hoch war das jährliche Bruttoeinkommen bzw. der Gewinn vor Steuern des VN in den letzten 3 Jahren?
Unbedingt auch ausgeübten Beruf im Abschnitt Versicherungsnehmer angeben.

Jahr 20____ EUR Jahr 20____ EUR Jahr 20____ EUR

Erbschaft Kapitalvermögen Ablaufleistung aus einer Versicherung andere Herkunft _____

Versicherter (VT) Herr Frau * freiwillige Angabe

Titel, Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort Familienstand

Geburtsdatum Geburtsname Geburtsort

Staatsangehörigkeit deutsch und/oder derzeit ausgeübter Beruf

Telefon tagsüber* E-Mail*

Mitversicherter (MV) bei Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung Herr Frau

Titel, Vorname, Name Geburtsdatum

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

Die Anlage »Technische Daten« beinhaltet wichtige Angaben zur beantragten Versicherung, z.B. auch zur Einstufung bei Berufsunfähigkeits(-Zusatz)versicherungen. Auch die Angaben dort müssen wahrheitsgemäß und vollständig sein (siehe Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung).

SEPA-Lastschriftmandat (Unbedingt erforderlich!)

Konto für die fällige Rente

Ich ermächtige die ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel (Gläubiger-Identifikationsnummer DE84ZZZ00000082459), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN (kein Sparkonto; Hinweis: deutsche IBAN hat 22 Stellen)	BIC des Kreditinstituts
--	-------------------------

Name und Ort des Kreditinstituts

Vorname, Name, Anschrift Kontoinhaber, wenn nicht VN
--

Neben der Ermächtigung zum SEPA-Lastschriftmandat bestätige ich mit meiner Unterschrift auch, dass ich die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe (siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer III.).

Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber, wenn nicht VN
------------	--

Bezugsrecht (nicht bei Basisrentenversicherungen) Bezugsberechtigt ist im Versicherungsfall für Versicherungsleistungen einschließlich Überschüsse:

bei Ablauf der Versicherung bzw. Erleben des Rentenbeginns und bei Berufs-/Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> der Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> der Versicherte <input type="checkbox"/> der namentlich bezeichnete Empfänger, Geburtsdatum	bei Tod des Versicherten <input type="checkbox"/> der Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner des Versicherten zum Zeitpunkt seines Todes <input type="checkbox"/> der namentlich bezeichnete Empfänger, Geburtsdatum
---	---

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
 damit wir Ihren Versicherungsantrag bzw. Ihre Angebotsanforderung ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.
 Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der
 ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel schriftlich nachzuholen.
 Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
 Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Kommen nach Antragstellung bzw. Angebotsanforderung erstmals weitere gefahrerhebliche Umstände (z.B. Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden) hinzu, besteht dafür keine Anzeigepflicht.
 Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. In diesem Fall sind auch neu hinzugekommene gefahrerhebliche Umstände anzeigepflichtig.
Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes
 Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.
 Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
 ■ weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
 ■ noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
 Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung
 Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.
 Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsanpassung
 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.
 Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

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

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

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

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

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer (bei Minderjährigen: gesetzliche Vertreter)	Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)
------------	--	--

Nachversicherungs-/Ausbaugarantie zu einem bestehenden Vertrag

<input type="checkbox"/> Nachversicherung mit Ereignis <input type="checkbox"/> Nachversicherung ohne Ereignis (nicht möglich bei Nachversicherung von BU-Schutz)	<input type="checkbox"/> Ausbaugarantie zur Vers.-Nr.	Ereignis bei Nachversicherung (Bitte Nachweis beifügen.)
---	---	--

Der Versicherte erklärt mit seiner Unterschrift, dass er zurzeit nicht berufsunfähig und nicht arbeitsunfähig krankgeschrieben ist. Bitte bei Nachversicherung/Ausbau von BU-Schutz im Abschnitt »Angaben zur Risikobeurteilung« auch im Block A die Fragen 3 und 5 ausfüllen.

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

Angaben zur Risikobeurteilung des Versicherten (VT)

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Zur Erleichterung der Beantwortung der Fragen haben wir in Klammern Erläuterungen aufgeführt, die nicht abschließend sind. Die ALTE LEIPZIGER kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen (siehe Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung). Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzureichen.

A. Besondere Gefahren und Versicherungs-/Leistungsanträge bei anderen Unternehmen

- 1. Sind Sie in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Wettfahrten, Motorsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Wasser-/Tauchsport, Kampfsport, Berg-/Klettersport, Pferdesport, Radsport, Fun-/Extremsport, Leistungs-/Profisport)? Bitte ggf. entsprechenden Fragebogen beifügen.
2. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt von zusammengerechnet mehr als 3 Monaten außerhalb Europas?
3. Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-/minderungs-, Grundfähigkeits- bzw. Pflegeversicherungen (auch Anwartschaften aus einem Versorgungswerk) oder sind solche beantragt?
4. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Behinderung von einem privaten Versicherungsunternehmen, einem berufsständischen Versorgungswerk oder einem gesetzlichen Versorgungsträger gewährt oder dort beantragt?

Zusätzliche Frage bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente – einschließlich bestehender Anwartschaften – über 18.000 EUR

- 5. Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoeinkommen bzw. Gewinn vor Steuern in den letzten 3 Jahren? Bitte letzten Nachweis bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente – einschließlich bestehender Anwartschaften – über 30.000 EUR beifügen.
Jahr 20... EUR Jahr 20... EUR Jahr 20... EUR

B. Erklärungen zum Gesundheitszustand (Erläuterungen zur Angabe von evtl. durchgeführten genetischen Untersuchungen siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.6.)

Antrag/Angebotsanforderung [] ohne ärztliche Untersuchung [] mit ärztlicher Untersuchung veranlasst am

Zeitlich befristete Fragen

Wenn eine der Fragen 1. bis 10. mit »ja« beantwortet wird, machen Sie bitte nähere Angaben in der Tabelle am Ende dieses Abschnitts oder auf einem Zusatzblatt.

- 1. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden
1.1 der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe)?
1.2 des Herzens oder der Kreislauforgane/Gefäße (auch Bluthochdruck [Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung)?
1.3 der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen)?
1.4 der Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; auch Sodbrennen, Magenschmerzen [mehr als 6-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Blut im Stuhl)?
1.5 des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)?
1.6.1 der Augen? linkes Auge rechts Auge
1.6.2 andere Augenerkrankungen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung)?
1.7 der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])?
1.8 des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie)?
1.9 der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (auch Meniskus-schaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie)?
1.10 der Haut (auch Allergie)?
1.11 der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen)?
1.12 des Gehirns (auch Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz) oder der Nerven (auch Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose)?
1.13 Infektionskrankheiten (länger als 3 Wochen oder mehr als 3-mal im Jahr)?
1.14 gutartige Tumore?

Zeitlich befristete Fragen

- 2. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten der Psyche (auch Angststörung, Essstörung, Schlafstörungen [mehr als 5-mal im Monat], Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizit-syndrom, Selbsttötungsversuch)?
3. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamen-te ein (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?
4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen zu sich genommen?
5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Alkohol zu sich (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)?
6. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?
7. Sind Sie in den letzten 3 Jahren von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern über die bereits gemachten Angaben hinaus untersucht, beraten oder behandelt worden?
8. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär untersucht oder behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemo-therapie) bzw. ist eine solche Untersuchung/Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen?

Zeitlich unbefristete Fragen

- 9.1 Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?
9.2 Wurde eine Krebserkrankung festgestellt (bösartiger Tumor, Leukämie, Lymphome)?

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand

- 10.1 Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (auch Belastungsminderung, Bewegungseinschränkung, Schmerzen, Verlust oder Funktionseinschränkungen im Bereich der inneren Organe, der Sinnesorgane, der Wirbelsäule, des Kopfes, der Arme oder der Beine)?
10.2 Wurde ein Grad der Behinderung [GdB], eine Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], ein Grad der Schädigungsfolgen [GdS] oder eine Wehrdienstbeschädigung [WDB] anerkannt?
11. Wie groß und schwer sind Sie? cm kg
12. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?
..... [] keiner

Zusätzliche Frage zum Raucherstatus

- 13. Haben Sie in den letzten 12 Monaten aktiv Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeife geraucht (gemeint ist sowohl das Konsumieren von Tabak unter Feuer als auch von Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen)? Bei Abschluss einer Risiko(-Zusatz)versicherung oder einer Todesfallsumme innerhalb der FR10 Erklärungen und Hinweise Ziffer II.7. beachten.

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

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

Hinweis zum Datenschutz und zur Schweigepflichtentbindung bei Abschluss einer Versicherung ohne Risikoprüfung

Die nachfolgenden Texte gelten sinngemäß auch bei Abschluss einer Versicherung ohne Risikoprüfung. In diesem Fall bezieht sich die Einwilligung stets auf die nach § 203 StGB geschützten Daten. Die lediglich auf die Gesundheitsdaten bezogenen Texte (Ziffern 1., 2., 3.1. und 4.) gelten nicht.

Die Erklärung ist in jedem Fall zu unterschreiben.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherer. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag (mit »Antrag« ist hier und im folgenden Text auch die Angebotsanforderung gemeint) und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ALTE LEIPZIGER daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die ALTE LEIPZIGER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die ALTE LEIPZIGER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder sie jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch die ALTE LEIPZIGER selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ALTE LEIPZIGER (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 ALTE LEIPZIGER

Ich willige ein, dass die ALTE LEIPZIGER 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 ALTE LEIPZIGER 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, Arztberichte, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die ALTE LEIPZIGER benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB 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:

Ich willige ein, dass die ALTE LEIPZIGER – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten 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 ALTE LEIPZIGER übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ALTE LEIPZIGER an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ALTE LEIPZIGER 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:

Ich wünsche, dass mich die ALTE LEIPZIGER 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 ALTE LEIPZIGER einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ALTE LEIPZIGER einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung 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 ALTE LEIPZIGER 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.

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 ALTE LEIPZIGER 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:

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 Ziffer 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

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 ALTE LEIPZIGER

Die ALTE LEIPZIGER 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 ALTE LEIPZIGER 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 ALTE LEIPZIGER 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 ALTE LEIPZIGER zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ALTE LEIPZIGER tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die ALTE LEIPZIGER 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 immer selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einem anderen Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die ALTE LEIPZIGER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die ALTE LEIPZIGER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ALTE LEIPZIGER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist dem Antrag als Anlage beigelegt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.alte-leipzig.de/dienstleisterliste eingesehen oder bei dem Betrieblichen Datenschutzbeauftragten der ALTE LEIPZIGER (Anschrift: Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel, Telefon: 06171 66-3927, E-Mail: datenschutz@alte-leipzig.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die ALTE LEIPZIGER Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ALTE LEIPZIGER Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die ALTE LEIPZIGER Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag dem Rückversicherer 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 der Rückversicherer die ALTE LEIPZIGER aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.