



ALTE LEIPZIGER

ZUKUNFT BEGINNT HEUTE.

- Renten- und Basisrentenversicherung
- Fondsgebundene Renten- und Basisrentenversicherung
- Berufsunfähigkeitsversicherung
- Lebensversicherung
- Risikoversicherung

Für eine sichere Zukunft.

Antrag oder Angebotsanforderung.

www.alte-leipziger.de



Antrag auf Abschluss einer Versicherung
 Anforderung eines Angebotes (siehe Rückseite Ziffer II.1.)

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

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

Titel, Vorname, Name
 Straße, Nr.
 PLZ, Ort
 verheiratet ja nein
 Geburtsdatum Geburtsname Geburtsort
 Staatsangehörigkeit deutsch oder ausgeübter Beruf/Branche
 Telefon tagsüber* Fax/E-Mail*

Zusätzliche Angaben bei Absicherung von Berufsunfähigkeitsschutz, wenn VN auch VT

Berufsstellung Selbständiger Angestellter Beamter Student Auszubildender Arbeitsuchender sonstige AL-Berufsgruppe
 Anteil der Bürotätigkeit über 90% über 75% bis 90% bis 75% keine überwiegend körperlich tätig ja nein
 Ausbildung Studium, Fachrichtung abgeschlossen ja nein derzeit im Studium
 Berufsausbildung als abgeschlossen ja nein derzeit in Ausbildung

Erklärung nach dem Geldwäschegesetz (Nicht erforderlich bei Basisrentenversicherungen, 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 (nicht erforderlich bei Einzugsermächtigung durch VN, weiter bei III.)
 Ist der VN eine natürliche Person? ja nein (Druckstück pav 25 Abschnitt I ausfüllen und weiter bei III.)
 Personalausweis Reisepass Kopie - Vorder- und Rückseite - ist beigelegt (weiter bei III.) gültig bis
 ausstellende Behörde, Ort Ausweis-Nr.
 Zusätzliche Angabe von Vorname, Name und - soweit im Ausweis vorhanden - Anschrift, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit, wenn diese Ausweisdaten von den Daten im Abschnitt Versicherungsnehmer abweichen bzw. fehlen:

III. Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten (Erläuterungen siehe Rückseite 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 25 Abschnitt II ausfüllen und weiter bei IV.)
 Titel, Vorname, Name
 Anschrift
 Geburtsdatum Geburtsort Staatsangehörigkeit deutsch oder

IV. 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. 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
 verheiratet ja nein
 Geburtsdatum Geburtsname Geburtsort
 Staatsangehörigkeit deutsch oder ausgeübter Beruf/Branche
 Telefon tagsüber* Fax/E-Mail*

Zusätzliche Angaben bei Absicherung von Berufsunfähigkeitsschutz

Berufsstellung Selbständiger Angestellter Beamter Student Auszubildender Arbeitsuchender sonstige AL-Berufsgruppe
 Anteil der Bürotätigkeit über 90% über 75% bis 90% bis 75% keine überwiegend körperlich tätig ja nein
 Ausbildung Studium, Fachrichtung abgeschlossen ja nein derzeit im Studium
 Berufsausbildung als abgeschlossen ja nein derzeit in Ausbildung

Mitversicherter (MV) bei Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung Herr Frau

Titel, Vorname, Name Geburtsdatum

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

Nachversicherungs-/Ausbaugarantie zu einem bestehenden Vertrag (nicht möglich, wenn Versicherter berufsunfähig ist)

Nachversicherung mit Ereignis Ausbaugarantie zur Vers.-Nr. Ereignis bei Nachversicherung (Bitte Nachweis beifügen.)
 Nachversicherung ohne Ereignis (nicht möglich bei Nachversicherung von BU-Schutz)

Bitte bei Nachversicherung/Ausbau von BU-Schutz im Abschnitt »Angaben zur Risikobeurteilung« ggf. auch Block B ausfüllen.

Blatt 1 für ALTE LEIPZIGER
Blatt 2 für Vermittler
Blatt 3 für Versicherungsnehmer

100750LE-ZG6 pav 01.11.05 - 09/2011

Einzugsermächtigung (Bei fondsgebundenen Rentenversicherungen unbedingt erforderlich!) Konto für die fällige Rente

Die ALTE LEIPZIGER Leben ist bis auf jederzeit möglichen Widerruf berechtigt, nach Zustandekommen des Versicherungsvertrages die Beiträge bei Fälligkeit von folgendem Konto abzubuchen:

Konto-Nr. (kein Sparkonto)	Bankleitzahl	Vorname, Name, Anschrift Kontoinhaber, wenn nicht VN
Name und Ort des Geldinstituts		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 Berufsunfähigkeit <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, mit dem der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes verheiratet war <input type="checkbox"/> der namentlich bezeichnete Empfänger, Geburtsdatum
--	--

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 Gesellschaft kann bei unwarhen 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 Versicherungsanträge bei anderen Gesellschaften

- Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit explosiven, radioaktiven oder anderen gefährlichen Stoffen, Wettfahrten, Motorsport, Flugsport, Paragliding, Fallschirmspringen, Rafting, Tauchsport, Kampfsport, Klettern, Reiten)?
 nein ja, welchen
- Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt von mehr als 3 Monaten außerhalb Europas?
 nein ja, wo, wann, wie lange
- Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- bzw. Pflegeversicherungen oder sind solche beantragt?
 nein ja, Art der Versicherung, Gesellschaft, Höhe
- Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre derartige Anträge zu erschwerten Bedingungen angenommen (z. B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse), zurückgestellt oder abgelehnt?
 nein ja, Art der Versicherung, Gesellschaft, Höhe, Erschwerung

B. Zusätzliche Fragen bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente – einschließlich bestehender Anwartschaften – über 18.000 EUR

- Haben Sie für den Fall der Berufs- oder Dienstunfähigkeit Renten zu erwarten (ohne gesetzliche Rente)?
 nein ja, wie hoch, woher (z. B. betriebl. Altersversorgung, Versorgungswerke)
- 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

C. Erklärungen zum Gesundheitszustand Erläuterungen zur Angabe von evtl. durchgeführten genetischen Untersuchungen siehe Rückseite Ziffer II.5.

Antrag/Angebotsanforderung ohne ärztliche Untersuchung mit ärztlicher Untersuchung veranlasst am

Zeitlich befristete Fragen

- Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden
- der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe)? nein ja
- des Herzens oder der Kreislauforgane/Gefäße (auch Bluthochdruck [Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung)? nein ja
- der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen)? nein ja
- der Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; auch Sodbrennen, Magenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Blut im Stuhl)? nein ja
- des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäurerhöhung)?
 1.6.1 der Augen? Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit
 Dioptrien links rechts
- 1.6.2 andere Augenerkrankungen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeld einschränkung, Laserbehandlung)? nein ja
- der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])? nein ja
- des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie)? nein ja
- 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)? nein ja
- der Haut (auch Allergie)? nein ja
- der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen)? nein ja
- 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)? nein ja
- der Psyche (auch Angst-, Essstörung, Schlafstörung [mehr als 5-mal im Monat], Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)? nein ja
- Infektionskrankheiten (länger als 1 Monat oder mehr als 4-mal im Jahr)? nein ja
- Tumore (auch gutartige) oder Krebserkrankungen (auch Leukämie, Lymphome)? nein ja

Zeitlich befristete Fragen

- Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Selbsttötungsversuch unternommen? nein ja
- Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente 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)? nein ja
- Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen zu sich genommen? nein ja
- 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)? nein ja
- Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? nein ja
- Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt worden (auch Operationen, Strahlen-, Chemotherapie)? nein ja
- Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen? nein ja

Zeitlich unbefristete Frage

- Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus? nein ja

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand

- Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, auch Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] angeben)? nein ja
- Wie groß und schwer sind Sie? cm kg
- Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?

 keiner

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)?

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Überprüfung meiner vor Vertragsabschluss gemachten Angaben zur Risikobeurteilung **befreie ich die hier (im Abschnitt Angaben zur Risikobeurteilung) von mir genannten** Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Der genaue Umfang meiner Erklärung befindet sich auf der Rückseite (Ziffer I.1.).

 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.

Besondere Vereinbarungen**Einwilligung zur Datenübermittlung bei Basisrentenversicherungen**

Gesetzliche Voraussetzung für die einkommensteuerliche Berücksichtigung der Beiträge für Basisrentenversicherungen ist die Übermittlung dieser Beiträge an die zentrale Stelle. Ich **willige ein**, dass die dazu erforderlichen Daten (Name, Vertragsdaten, Steuer-Identifikationsnummer, geleistete Beiträge) über die zentrale Stelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) an die zuständige Finanzbehörde elektronisch übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass die steuerliche Berücksichtigung der Beiträge nicht gegeben ist, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder wenn ich die Einwilligung schriftlich widerrufe. Die nachgelagerte Besteuerung der späteren Leistungen erfolgt auch dann, wenn die Beiträge nicht steuerlich berücksichtigt wurden.

Steuer-Identifikationsnummer
(Bitte immer angeben!)

Wichtige Hinweise

Bevor Sie diesen Antrag bzw. diese Angebotsanforderung unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten sowie die besonderen Hinweise. Diese Erklärungen und Hinweise sind wichtiger Bestandteil Ihres Antrags bzw. Ihrer Angebotsanforderung und enthalten insbesondere die **Erklärung zum Datenschutz und zur Entbindung von der Schweigepflicht** sowie zum Versicherungsnehmerwechsel (bei Tod des Versicherungsnehmers wird der Versicherte neuer Versicherungsnehmer). Dort finden Sie unter anderem Hinweise zum Widerrufsrecht (Ziffer I.2.), zum vorläufigen Versicherungsschutz (Ziffer I.3.), zur Nachversicherungs- und Ausbaugarantie (Ziffer I.5.) und zu den Vertragsgrundlagen (Ziffer II.2.). Sie machen mit Ihren Unterschriften die Erklärungen und Hinweise zum Inhalt dieses Antrags bzw. dieser Angebotsanforderung. Sie stimmen zu, dass der Versicherungsschutz zu Ihrem Vertrag bereits vor Ende der Widerrufsfrist beginnt, sofern der Versicherungsbeginn vor dem Ende dieser Frist liegt. Eine Durchschrift/Kopie wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Erklärung des Vermittlers

Ich bestätige mit meiner Unterschrift auch, dass die ggf. erforderlichen Angaben zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz und die ggf. beigefügte Ausweiskopie mit dem Originalausweis übereinstimmen.

Der Versicherungsnehmer – sofern er eine natürliche Person ist – war bei der Identifizierung **nicht** persönlich anwesend.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer ggf. Firmenstempel (bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)	Unterschrift Versicherter und ggf. Mitversicherter (bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)	Unterschrift Vermittler ggf. Firmenstempel
------------	---	--	--

Empfangsbestätigung bei Antragstellung (Nicht erforderlich bei Angebotsanforderung.)

Hiermit bestätige ich, dass ich die in der „Übersicht der zum Versicherungsvorschlag gehörenden Unterlagen“ und der „Anlage »Technische Daten«“ aufgeführten Unterlagen, die Bestandteil des Versicherungsvertrags sind, vor Antragstellung in Textform (z. B. auf Papier, als Fax, als PDF auf USB-Stick/CD oder per E-Mail) erhalten habe.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer ggf. Firmenstempel (bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)
------------	--

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 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
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 Rückkaufwertes.

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 ggf. Firmenstempel (bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)	Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)
------------	---	---

Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten sowie besondere Hinweise

I. Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten

1. Erklärung zum Datenschutz und zur Entbindung von der Schweigepflicht

A. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Meine personenbezogenen Daten benötigt die ALTE LEIPZIGER insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht, zu meiner Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung. Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung meiner **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung, auf die bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden kann. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des BDSG erfasst werden (vgl. dazu Buchstabe B).

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere meine Gesundheitsdaten). Die ALTE LEIPZIGER darf sie im Regelfall nur verwenden, wenn ich zuvor hierzu ausdrücklich einwillige (vgl. dazu Buchstabe C).

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Buchstabe B und Buchstabe C ermögliche ich zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung bzw. Angebotsanforderung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht mir frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

B. Erklärung zur Verwendung meiner allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die ALTE LEIPZIGER.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung bzw. Angebotsanforderung genannt habe.
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER Konzern, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung meiner Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an Rückversicherer zur dortigen Verwendung, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb des ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER Konzerns, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebunden und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.
- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung einer besonderen Konzerndatenbank, Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft (HIS) mittels einer Datenbank, die im Auftrag der Versicherer von der informa IRFP GmbH betrieben wird. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen. Am HIS nimmt der Versicherer derzeit nur im Bereich der betrieblichen Altersversorgung teil.
- zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch die ALTE LEIPZIGER, andere Unternehmen im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER Konzern oder den für mich zuständigen Vermittler.
- zur Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die ALTE LEIPZIGER selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER Konzern oder eine Auskunftsfirma (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).
- zur Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die ALTE LEIPZIGER eine Auskunftsfirma eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

C. Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Die ALTE LEIPZIGER überprüft meine vor Vertragsabschluss gemachten Angaben zur Risikobeurteilung, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

Zu diesem Zweck **befreie ich** die hier (im Abschnitt Angaben zur Risikobeurteilung) von mir genannten Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von **ihrer Schweigepflicht**, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren – nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die ALTE LEIPZIGER selbst bzw. ihre Mitarbeiter entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

In allen anderen Fällen werde ich von der ALTE LEIPZIGER informiert und vor Erhebung weiterer personenbezogener Daten erneut um eine Entbindung von der Schweigepflicht gebeten.

b) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die ALTE LEIPZIGER ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung gemäß Buchstabe C Ziffer 1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne des Buchstaben B hinsichtlich der Nr. 1 (Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen.

An den PKV-Verband werden im Rahmen des Buchstaben B Nr. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Buchstabe B Nr. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Buchstabe B Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer selbst bzw. seine Mitarbeiter von der Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an das Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Ich entbinde die ALTE LEIPZIGER selbst bzw. ihre Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung (z. B. erhöhte Risiken oder Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten) an das Hinweis- und Informationssystem HIS melden (siehe auch Buchstabe B Nr. 6).

D. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

E. Hinweis auf das Widerspruchsrecht in die Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Ich kann der Verarbeitung oder der Nutzung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung jederzeit widersprechen. Der Widerspruch bedarf keiner bestimmten Form und ist z. B. per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon möglich. Er ist zu richten an die ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G.

2. Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Bei Anforderung eines Angebotes ist für diesen Fristbeginn zusätzlich der Erhalt unserer Bestätigung über das Zustandekommen des Vertrages erforderlich.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die:

ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel, Telefax 06171 24434, E-Mail: service@alte-leipzig.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bzw. 1/30 des Monatsbeitrags multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des Beitrags entnehmen Sie bitte den Vertragsunterlagen. Den gegebenenfalls vorhandenen Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

3. Vorläufiger Versicherungsschutz (VVS) und Verzicht auf die Verbraucherinformationen/Versicherungsbedingungen

Der vorläufige Versicherungsschutz wird gemäß den Bedingungen für den VVS mit beantragt, sofern die Einzugsermächtigung erteilt oder der Einlösungsbeitrag gezahlt wurde. Die Höchstgrenzen der Leistungen sowie Beginn und Ende meines VVS ergeben sich aus diesen Bedingungen. Bei einer Angebotsanforderung verzichte ich für den VVS auf die vollständigen Verbraucherinformationen, Versicherungsbedingungen und weiteren Vertragsunterlagen (Ziffer II.2.), die mir spätestens mit dem Angebot übermittelt werden.

4. Versicherungsnehmerwechsel

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte beantragen hiermit, dass bei Tod des Versicherungsnehmers während der Dauer dieses Vertrages der Versicherte neuer Versicherungsnehmer sein und zu diesem Zeitpunkt in alle dann bestehenden Rechte und Pflichten aus dem Vertrag eintreten soll. Der Versicherte erklärt sich schon jetzt mit künftigen Verfügungen des Versicherungsnehmers zu der Versicherung einverstanden.

Diese Erklärung gilt nur für sog. Fremdversicherungen, also wenn Versicherungsnehmer und Versicherter verschiedene Personen sind. Sie gilt nicht, wenn der Versicherte im Zeitpunkt des Todes des Versicherungsnehmers noch minderjährig ist.

5. Erklärung zur Nachversicherungs- und Ausbaugarantie (Anzeigepflichtverletzung)

Die Nachversicherungs- bzw. Ausbaugarantie gewähren wir im Vertrauen darauf, dass Sie bei Ihren früheren Verträgen mit unserer Gesellschaft die vorvertragliche Anzeigepflicht ordnungsgemäß erfüllt haben. Sie erklären, dass Sie die Angaben zur Risikobeurteilung bei Ihren früheren Verträgen wahrheitsgemäß und vollständig gemacht haben. Wir können von diesem Vertrag und den früheren Verträgen bei unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen (siehe Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung).

II. Besondere Hinweise

1. Unverbindliche Anforderung eines Angebotes

Wenn Sie bei uns unverbindlich ein Angebot anfordern, sind Sie noch nicht vertraglich gebunden. Sie erhalten von uns zunächst ein Angebot (erstellt auf der Grundlage Ihrer Angaben in diesem Formular, etwaiger Anlagen sowie weiterer Informationen, die Sie uns bei Bedarf geben), dem alle Informationen, Bedingungen usw. beigefügt sind. Anschließend können Sie frei entscheiden, ob Sie unser Angebot annehmen oder nicht. Nehmen Sie unser Angebot nicht an, entstehen für Sie weder Kosten noch Verpflichtungen. Nehmen Sie unser Angebot durch eine ausdrückliche schriftliche Annahmeerklärung an, kommt der Versicherungsvertrag zustande. Von einer Einzugsermächtigung, die Sie uns erteilen, machen wir erst nach Zustandekommen des Versicherungsvertrages Gebrauch.

2. Vertragsgrundlagen

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Ferner gelten für Ihre Versicherung(en) – außer diesem Antrag bzw. dieser Angebotsanforderung – die Allgemeinen Bedingungen, die Tarifbestimmungen, die Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz und unsere Satzung; ggf. auch die Zusatzbedingungen für die Dynamik, die Zusatzbedingungen für die Überschussverwendungsart »Investmentfonds« und die Bedingungen für die Zusatzversicherungen sowie Zusatzbestimmungen und Besondere Vereinbarungen. Diese erhalten Sie vor Antragstellung bzw. bei einer Angebotsanforderung zusammen mit dem Angebot.

3. Wirtschaftlich Berechtigter

Wirtschaftlich Berechtigter im Sinne des Geldwäschegesetzes ist diejenige natürliche Person, welche den VN letztlich veranlasst, den Vertrag abzuschließen. Das kann z. B. vorliegen, wenn ein Dritter den Abschluss des Vertrages vom VN verlangt oder anstelle des VN den Beitrag zahlt. In diesem Fall muss der VN Angaben zur Person des Dritten machen (Titel, Vorname, Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit).

Ein Unternehmen selbst fällt nicht unter den Begriff des »wirtschaftlich Berechtigten«, sondern diejenigen natürlichen Personen in deren Eigentum (mit mehr als 25 % der Kapitalanteile) oder unter deren Kontrolle (mit mehr als 25 % der Stimmanteile) es steht (siehe Auszug aus dem Geldwäschegesetz).

ALTE LEIPZIGER

Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

Alte Leipziger-Platz 1 · 61440 Oberursel

Bundesrepublik Deutschland

Telefon 06171 66-00 · Telefax 06171 24434

www.alte-leipzig.de · E-Mail: service@alte-leipzig.de

Bankkonto: BHF-BANK AG Frankfurt am Main (BLZ 500 202 00) 51 797 · IBAN: DE41 5002 0200 0000 051797 · BIC: BHFDBEFF

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Wolfgang Stertenbrink

Vorstand: Dr. Walter Botermann (Vorsitzender), Otmar Abel (stv. Vorsitzender), Christoph Bohn, Frank Kettner, Reinhard Kunz, Wiltrud Pekarek
Sitz Oberursel (Taunus) · Rechtsform Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit · Amtsgericht Bad Homburg v.d.H. HRB 1583 · St. Nr. 045 223 00421

Auszug aus dem Geldwäschegesetz: Wirtschaftlich Berechtigter im Sinne dieses Gesetzes ist die natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht, oder die natürliche Person, auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt oder eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird. Hierzu zählen insbesondere:

1. bei Gesellschaften, die nicht an einem organisierten Markt im Sinne des § 2 Abs. 5 des Wertpapierhandelsgesetzes notiert sind und keinen dem Gemeinschaftsrecht entsprechenden Transparenzanforderungen im Hinblick auf Stimmrechtsanteile oder gleichwertigen internationalen Standards unterliegen, jede natürliche Person, welche unmittelbar oder mittelbar mehr als 25 Prozent der Kapitalanteile hält oder mehr als 25 Prozent der Stimmrechte kontrolliert,
2. bei rechtsfähigen Stiftungen und Rechtsgestaltungen, mit denen treuhänderisch Vermögen verwaltet oder verteilt oder die Verwaltung oder Verteilung durch Dritte beauftragt wird, oder diesen vergleichbaren Rechtsformen,
 - a) jede natürliche Person, die 25 Prozent oder mehr des Vermögens kontrolliert,
 - b) jede natürliche Person, die als Begünstigte von 25 Prozent oder mehr des verwalteten Vermögens bestimmt worden ist,
 - c) die Gruppe von natürlichen Personen, zu deren Gunsten das Vermögen hauptsächlich verwaltet oder verteilt werden soll, sofern die natürliche Person, die Begünstigte des verwalteten Vermögens werden soll, noch nicht bestimmt ist.

4. Besondere Vereinbarungen und Gebühren

Erklärungen/Nebenabreden müssen schriftlich festgehalten werden. Sie bedürfen der schriftlichen Bestätigung der Gesellschaft.

Die Vermittler selbst sind nicht berechtigt (Neben-)Gebühren zu erheben.

5. Genetische Untersuchungen

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und diese nicht verlangen. Sie müssen uns jedoch Vorerkrankungen und Erkrankungen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzeigen, auch wenn in diesem Zusammenhang genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen wurden. Sie müssen uns jedoch keine genetischen Untersuchungen mitteilen, die allein mit dem Ziel vorgenommen wurden, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären. Diese Ausnahme von der Anzeigepflicht gilt nicht, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR Jahresrente vereinbart wird.

6. Versicherungen für Kinder unter 7 Jahren

Für sog. Kinderversicherungen gilt folgende Besonderheit: Bei Abschluss von Todesfallsummen über 8.000 EUR werden bei Tod vor Vollendung des 7. Lebensjahres für den Teil der Todesfallsumme, der 8.000 EUR übersteigt, nur die entrichteten Beiträge erstattet. Der Versicherungsschein enthält einen entsprechenden Hinweis.

7. Aufgabe bestehender Versicherungen

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

8. Beschwerdestellen

Sollten Sie einmal Grund zur Beschwerde haben, wenden Sie sich bitte an die ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel.

Darüber hinaus können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen –, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn wenden.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin,

Telefon 0800 3696000, Telefax 0800 3699000

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

9. Gesetzlicher Sicherungsfonds

Um die Ansprüche unserer Kunden jederzeit erfüllen zu können, achten wir auf eine ausgewogene Mischung und Streuung der Kapitalanlagen. Rein spekulative Anlagen werden nicht getätigt. Darüber hinaus besteht zur Absicherung der Ansprüche aus Ihrer Versicherung ein gesetzlicher Sicherungsfonds (siehe §§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der Versicherten, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G. gehört diesem Sicherungsfonds an.