



**Alte Leipziger**

ALH Gruppe

PRIVATE VORSORGE

**Finanzielle  
Freiheit nach Ihren  
Wünschen.**

Antrag oder  
Angebotsanforderung

**Antrag auf Abschluss einer Versicherung**

**Anforderung eines Angebotes**  
(siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.1.)

Alte Leipziger  
Lebensversicherung a.G.



**ALTE LEIPZIGER**

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

**Versicherungsnehmer (VN)**  **auch Versicherten (VT)**  Herr  Frau \* freiwillige Angabe

Titel		Vorname	
Name			
Straße, Nr.			
PLZ		Ort	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geburtsname			
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch und/oder	Familienstand	
derzeit ausgeübter Beruf			
Telefon tagsüber*		E-Mail*	

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

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 \_\_\_\_\_

(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 und einer ggf. für ihn auftretenden Person**

Die Identifizierung des Versicherungsnehmers und der ggf. für ihn auftretenden Person (z.B. Eltern, gesetzlicher Betreuer, Vormund, Bevollmächtigter) erfolgt über einen gültigen Ausweis (Personalausweis, Reisepass). **Bitte vollständige und lesbare Ausweiskopie beifügen!**

Darüber hinaus ist die Berechtigung der auftretenden Person nachzuweisen. **Bitte entsprechenden Nachweis (Kopie) beifügen** (z.B. Geburtsurkunde bei Vertretung durch Eltern, Betreuerausweis, Bestallungsurkunde, Vollmacht).

**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 ausfüllen und weiter bei IV.)

Titel		Vorname	
Name			
Straße, Nr.			
PLZ		Ort	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch oder		

3. **Zusätzliche 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, der ggf. für ihn auftretenden Person, 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 sep 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	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geburtsname			
Staatsangehörigkeit		Familienstand	
<input type="checkbox"/> 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 DE84ZZZ0000082459), 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

**Kontoinhaber, wenn nicht VN**

Titel		Vorname	
Name			
Straße, Nr.			
PLZ		Ort	
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**

der Versicherungsnehmer  
 der Versicherte  
 der namentlich bezeichnete Empfänger, Geburtsdatum

Titel    Vorname

Name

Geburtsdatum

**bei Berufs-/Arbeitsunfähigkeit des Versicherten**

- der Versicherungsnehmer  
 der Versicherte  
 der namentlich bezeichnete Empfänger, Geburtsdatum

Titel	Vorname
Name	
Geburtsdatum	

Wenn der Bezugsberechtigte nicht der Versicherte ist:

Gehört der Bezugsberechtigte zum Personenkreis der Angehörigen des Versicherten?  nein  ja

Der Begünstigte muss der Versicherte selbst oder ein Angehöriger des Versicherten sein. Angehörige müssen dem Personenkreis des § 15 Abgabenordnung oder § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz angehören. Nicht zugelassen werden jedoch Verlobte und Lebensgefährten. Erläuterungen siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.6.

**bei Tod des Versicherten**

- der Versicherungsnehmer  
 der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner des Versicherten zum Zeitpunkt seines Todes  
 der namentlich bezeichnete Empfänger, Geburtsdatum

Titel	Vorname
Name	
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)
------------	--	--



**Ausbau-/Nachversicherungsgarantie zu einem bestehenden Vertrag**

<input type="checkbox"/> Ausbaugarantie <input type="checkbox"/> Nachversicherung mit Ereignis <input type="checkbox"/> Nachversicherung ohne Ereignis (nicht möglich bei Nachversicherung von BU-Schutz)	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 Ausbau/Nachversicherung von BU-Schutz im Abschnitt „Angaben zur Risikobeurteilung“ auch **im Block A die Fragen 3 und 5** sowie **im Block B die Frage 13** 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). Zur Qualitätssicherung kann die Alte Leipziger stichprobenartig Hausarztberichte anfordern. In diesem Fall werden wir gesondert auf Sie zukommen und um Entbindung von der Schweigepflicht bitten.**

**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. Welchen?

nein  ja

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_
2. Beabsichtigen Sie **in den nächsten 12 Monaten** einen Aufenthalt von zusammengerechnet mehr als 3 Monaten außerhalb der Europäischen Union (nicht anzugeben sind Aufenthalte in Island, Liechtenstein, Norwegen, Großbritannien und der Schweiz)? Wo, wie lange?

nein  ja

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_
3. Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-/minderungs- bzw. Grundfähigkeitsversicherungen (auch Anwartschaften aus einem Versorgungswerk) oder sind solche beantragt? Art der Versicherung, Unternehmen, Höhe?

nein  ja

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Wurden **innerhalb der letzten 5 Jahre** Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, Erwerbsminderung, Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Behinderung von einem privaten Versicherungsunternehmen, einem berufsständischen Versorgungswerk oder einem gesetzlichen Versorgungsträger gewährt oder dort beantragt?  nein  ja
- Welche, Leistungsgrund, von/bei wem, wann, wie lange?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**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**

**Geben Sie bitte Einzelheiten zu den Fragen 1. bis 10., die Sie mit „ja“ beantworten, auf dem Zusatzblatt an.**

**(Erläuterungen zur Angabe von evtl. durchgeführten genetischen Untersuchungen siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.7.)**

**Zeitlich befristete Fragen**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Sind Sie <b>in den letzten 3 Jahren</b> wegen Krankheiten oder Beschwerden von Ärzten, Psychologen, Heilpraktikern, Therapeuten (Osteopathen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten) oder anderen nichtärztlichen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden, oder bestehen oder bestanden <b>in den letzten 3 Monaten</b> vor Antragstellung Krankheiten oder Beschwerden ohne einen Arzt, Psychologen, Heilpraktiker, Therapeuten (Osteopathen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten) oder anderen nichtärztlichen Therapeuten aufzusuchen, hinsichtlich |   |
| 1.1 der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe)?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.2 des Herzens oder der Kreislauforgane/Gefäße (auch Bluthochdruck [Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung)?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.3 der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen)?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 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)?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.5 des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.6.1 der Augen?<br>linkes Auge <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit Dioptrien _____<br>rechtes Auge <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit Dioptrien _____   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.6.2 andere Augenerkrankungen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung)?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.7 der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.8 des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie)?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.9 der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (auch Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie)?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.10 der Haut (auch Allergie)?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.11 der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen)?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 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)?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.13 Infektionskrankheiten (länger als 3 Wochen oder mehr als 3-mal im Jahr)?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 1.14 gutartige Tumore?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 2. Bestehen oder bestanden <b>in den letzten 5 Jahren</b> Krankheiten der Psyche (auch Angststörung, Essstörung, Schlafstörungen [mehr als 5-mal im Monat], Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Selbsttötungsversuch)?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 3. Nehmen oder nahmen Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> 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)?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 4. Haben Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> Drogen (auch Cannabis) zu sich genommen?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 5. Nehmen oder nahmen Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> regelmäßig Alkohol zu sich (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 6. Waren Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 7. Sind Sie <b>in den letzten 3 Jahren</b> von Ärzten, Psychologen, Heilpraktikern, Therapeuten (Osteopathen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten) oder anderen nichtärztlichen Therapeuten über die bereits gemachten Angaben hinaus untersucht, beraten oder behandelt worden?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 8. Wurden Sie <b>in den letzten 10 Jahren</b> <u>stationär</u> untersucht oder behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Untersuchung/Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Zeitlich unbefristete Fragen	
9.1 Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.2 Wurde eine Krebserkrankung festgestellt (bösartiger Tumor, Leukämie, Lymphome)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand	
10.1 Bestehen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (auch angeborene Erkrankungen oder Behinderungen, Fehlbildungen, Blindheit, Gehörlosigkeit, Verluste oder Schäden an Körperteilen oder Organen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Bandscheibenschädigungen, Bewegungseinschränkungen durch z.B. Arthrose)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10.2 Wurde ein Grad der Behinderung [GdB], eine Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], ein Grad der Schädigungsfolgen [GdS], eine Wehrdienstbeschädigung [WDB], eine Pflegestufe oder ein Pflegegrad anerkannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. Wie groß und schwer sind Sie? _____ cm _____ kg	
12. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> keiner
Zusätzliche Frage zum Raucherstatus	
13. Haben Sie <b>in den letzten 12 Monaten</b> 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.8. beachten.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

### 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 in der ALH Gruppe 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-leipziger.de/dienstleisterliste](http://www.alte-leipziger.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-leipziger.de](mailto:datenschutz@alte-leipziger.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 der ALH Gruppe 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.

Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Alte Leipziger das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie durch die Alte Leipziger unterrichtet.

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

### 3.4. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

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

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

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

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

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

Meine Einwilligung gilt entsprechend für die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z.B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Alte Leipziger Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Alte Leipziger speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Alte Leipziger bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer (bei Minderjährigen: gesetzliche Vertreter)

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x

### Besondere Vereinbarungen

### Steuer-Identifikationsnummer

Bitte immer angeben:

- bei sofort beginnenden Rentenversicherungen sowie
- bei (fondsgebundenen) Rentenversicherungen oder kapitalbildenden Lebensversicherungen, wenn der Versicherungsnehmer zum vereinbarten Rentenbeginn/Ablauf das 60. Lebensjahr vollendet haben wird.

Die Steuer-Identifikationsnummer wird bei sofort beginnenden Renten vom Leistungsempfänger und in allen anderen Fällen vom Versicherungsnehmer benötigt.

**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 erhalten habe: als PDF-Datei (z.B. auf USB-Stick/CD oder per E-Mail), deren Lesbarkeit ich geprüft habe, oder  auf Papier,  als Fax. Die **Widerrufsbelehrung** in den „Informationen über den Versicherungsvertrag“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer (bei Minderjährigen: gesetzliche Vertreter)



**Wichtige Hinweise**

Bevor Sie diesen Antrag bzw. diese Angebotsanforderung unterschreiben, lesen Sie bitte auf den folgenden Seiten die „Erklärungen und Hinweise“. Diese sind wichtiger Bestandteil Ihres Antrags bzw. Ihrer Angebotsanforderung und enthalten insbesondere die **Hinweise zum Datenschutz** sowie die Erklärung zum Versicherungsnehmerwechsel (bei Tod des Versicherungsnehmers wird der Versicherte neuer Versicherungsnehmer). Dort finden Sie unter anderem Hinweise zum vorläufigen Versicherungsschutz (Ziffer I.2.), zur Ausbau- und Nachversicherungsgarantie (Ziffer I.4.) 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. Die **Widerrufsbelehrung** finden Sie in den „Informationen über den Versicherungsvertrag“. Bei einer Angebotsanforderung erhalten Sie diese zusammen mit dem Angebot.

Eine Durchschrift/Kopie wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

**fin4u**

Sie können aktuelle Daten der Versicherung über das fin4u-Portal im Internet oder in der fin4u-App einsehen. Die Aktivierungsdaten für fin4u und weitere Informationen dazu erhalten Sie zeitnah nach Abschluss der Versicherung. Werden in Ihrem Vertrag Nachhaltigkeitsaspekte berücksichtigt, stellen wir Ihnen **regelmäßige Informationen** dazu **ausschließlich elektronisch** über fin4u zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer (bei Minderjährigen: gesetzliche Vertreter)

Unterschrift Versicherter und ggf. Mitversicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

Unterschrift Vermittler ggf. Firmenstempel



**Erklärung des Vermittlers**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift auch, dass die ggf. zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz beigefügten Ausweiskopien mit dem Originalausweis der jeweiligen Person übereinstimmen.

Der Versicherungsnehmer bzw. die ggf. für ihn auftretende Person waren bei der Identifizierung **nicht** persönlich anwesend.

# Erklärungen und Hinweise

## I. Erklärungen

### 1. Antragsbindefrist

An Ihren Antrag sind Sie 6 Wochen ab Antragstellung gebunden (Antragsbindefrist), sofern Sie ihn nicht widerrufen. Das bedeutet, dass wir uns innerhalb dieser Frist entscheiden müssen, ob wir den Antrag annehmen oder nicht. Eine verspätete Annahme gilt als neuer Antrag, der mit Ihrem Einverständnis, z.B. durch Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrages (Einlösungsbeitrag), ebenfalls zum Vertragsschluss führt.

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

Der vorläufige Versicherungsschutz wird gemäß den Bedingungen für den VVS mit beantragt, sofern die Erlaubnis zum Beitragseinzug (SEPA-Lastschriftmandat) 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.

### 3. 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.

### 4. Erklärung zur Ausbau- und Nachversicherungsgarantie (Anzeigepflichtverletzung)

Die Ausbau- und Nachversicherungsgarantie gewähren wir im Vertrauen darauf, dass Sie bei Ihren früheren Verträgen mit uns 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 unwarhen oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen (siehe Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung).

## II. Allgemeine 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 Erlaubnis zum Beitragseinzug (SEPA-Lastschriftmandat), 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 ggf. mit Tarifbestimmungen, die Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz und unsere Satzung; ggf. auch die Zusatzbedingungen für die Dynamik und die Bedingungen für die Zusatzversicherungen sowie weitere Zusatzbedingungen, -bestimmungen 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 Versicherungsnehmer letztlich veranlasst, den Vertrag abzuschließen. Das kann z.B. vorliegen, wenn ein Dritter den Abschluss des Vertrages vom Versicherungsnehmer verlangt oder anstelle des Versicherungsnehmers den Beitrag zahlt. In diesem Fall muss der Versicherungsnehmer 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.

### 4. Politisch exponierte Personen

Nach dem Geldwäschegesetz muss der Versicherer auch feststellen, ob es sich beim Versicherungsnehmer, der ggf. für ihn auftretenden Person, einem etwaigen wirtschaftlich Berechtigten oder einem etwaigen Bezugsberechtigten um eine politisch exponierte Person handelt. Hierzu zählt jede Person, die ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt auf internationaler, europäischer oder nationaler Ebene ausübt oder ausgeübt hat oder ein öffentliches Amt unterhalb der nationalen Ebene, dessen politische Bedeutung vergleichbar ist, ausübt oder ausgeübt hat. Zu den politisch exponierten Personen gehören insbesondere

- Staatschefs, Regierungschefs, Minister, Mitglieder der Europäischen Kommission, stellvertretende Minister und Staatssekretäre,
- Parlamentsabgeordnete und Mitglieder vergleichbarer Gesetzgebungsorgane,
- Mitglieder der Führungsgremien politischer Parteien,
- Mitglieder von obersten Gerichtshöfen, Verfassungsgerichtshöfen oder sonstigen hohen Gerichten, gegen deren Entscheidungen im Regelfall kein Rechtsmittel mehr eingelegt werden kann,
- Mitglieder der Leitungsorgane von Rechnungshöfen oder Zentralbanken,
- Botschafter, Geschäftsträger und Verteidigungsattachés,
- Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- und Aufsichtsorgane staatseigener Unternehmen,
- Direktoren, stellvertretende Direktoren, Mitglieder des Leitungsorgans oder sonstige Leiter mit vergleichbarer Funktion in einer zwischenstaatlichen internationalen oder europäischen Organisation.

Nach dem Gesetz betreffen die allgemeinen und verstärkten Sorgfaltspflichten im Rahmen der Identifizierung von Vertragspartnern auch

- bestimmte Familienmitglieder einer politisch exponierten Person (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Kind und dessen Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner sowie jeder Elternteil) und
- die ihr bekanntermaßen nahestehenden Personen (im Sinne einer Geschäftsbeziehung, z.B. als gemeinsamer Eigentümer einer Rechtsperson).

Sofern der Versicherungsnehmer, die ggf. für ihn auftretende Person, der wirtschaftlich Berechtigte oder der Bezugsberechtigte zu diesem Personenkreis gehört oder Zweifel daran bestehen, ist für die betreffende Person das Druckstück scp 515 auszufüllen.

## 5. Besondere Vereinbarungen und Gebühren

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

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

## 6. Bezugsrecht bei Berufs-/Arbeitsunfähigkeit des Versicherten

Der Begünstigte muss der Versicherte selbst oder ein Angehöriger des Versicherten sein. Angehörige müssen dem Personenkreis des § 15 Abgabenordnung oder § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz angehören.

- Nicht zugelassen werden jedoch Verlobte und Lebensgefährten. Unter Lebensgefährten verstehen wir Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, jedoch nicht verheiratet oder verpartnert sind.
- Zugelassen werden: Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Pflegeeltern, Kinder (auch Adoptiv-/Pflegekinder), Kinder (auch Adoptiv-/Pflegekinder) des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners, Geschwister, Kinder der Geschwister, Ehegatten/eingetragene Lebenspartner der Geschwister, Geschwister des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners, Geschwister der Eltern, Enkelkinder, Schwiegerkinder. Angehörige sind die aufgeführten Personen auch dann, wenn die die Beziehung begründende Ehe oder eingetragene Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht (z.B. Ex-Ehegatte/Lebenspartner, Eltern, Kinder, Geschwister des Ex-Ehegatten/Lebenspartners).

Den genauen Wortlaut der Gesetze finden Sie auf folgender Seite im Internet: [www.alte-leipziger.de/gesetzestexte](http://www.alte-leipziger.de/gesetzestexte).

## 7. 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.

## 8. Anzeigepflicht für Nichtraucher

Sofern der Versicherte in der Risiko(-Zusatz)versicherung oder innerhalb der FR10 als Nichtraucher versichert ist, ist uns unverzüglich schriftlich zu melden, wenn der Versicherte während der Versicherungsdauer zum Raucher wird. Ab diesem Zeitpunkt werden wir für die (Zusatz-)Versicherung die Rechnungsgrundlagen für einen Raucher zugrunde legen. Wenn Sie uns die Änderung nicht mitteilen, wird bei Tod des Versicherten die Leistung gekürzt, es sei denn das Rauchen war hierfür nicht ursächlich. Nähere Informationen dazu finden Sie in den Versicherungsbedingungen.

## 9. 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.

## 10. 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.

## 11. 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](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de)

Internet: [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

Wenn Sie Ihren Vertrag online abschließen bzw. abgeschlossen haben (beispielsweise per E-Mail), steht Ihnen auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Plattform zur Online-Streitbeilegung zur Verfügung.

Plattform zur Online-Streitbeilegung, Internet: [ec.europa.eu/consumers/odr/](http://ec.europa.eu/consumers/odr/)

## 12. 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 §§ 221 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz), der bei der Protaktor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, [www.protaktor-ag.de](http://www.protaktor-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.

### 13. Keine regelmäßige Überprüfung der Eignung des Produkts

Die Alte Leipziger wird die Geeignetheit des Produktes nicht regelmäßig überprüfen. Bei Änderungen Ihrer Lebenssituation und erforderlichen Anpassungen Ihres Produktes berät Sie Ihr Vermittler. Bitte nehmen Sie dazu Kontakt mit ihm auf.

### III. Hinweise zum Datenschutz

Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gilt seit dem 25.05.2018 in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

Mit der DSGVO werden die Regeln für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vereinheitlicht. Dadurch wird der Schutz von personenbezogenen Daten insgesamt sichergestellt und der freie Datenverkehr innerhalb der Europäischen Union gewährleistet.

Die neuen Vorschriften der DSGVO sehen insbesondere ein hohes Maß an Transparenz bei der Datenverarbeitung und umfassende Rechte der betroffenen Personen vor.

Informationen zum Datenschutz finden Sie auch im Internet unter [www.alte-leipziger.de/datenschutz](http://www.alte-leipziger.de/datenschutz).

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Alte Leipziger und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

#### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Alte Leipziger Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel

Telefon 06171 66-00, Telefax 06171 24434, E-Mail: [leben@alte-leipziger.de](mailto:leben@alte-leipziger.de)

Der **Datenschutzbeauftragte** ist gemäß DSGVO nicht der Verantwortliche für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten. Die Beantwortung datenschutzrechtlicher Fragen erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit den für die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten zuständigen Mitarbeitern. Unser Datenschutzmanagement bzw. unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der genannten Adresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“ oder per E-Mail unter [datenschutz@alte-leipziger.de](mailto:datenschutz@alte-leipziger.de).

#### Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ („Code of Conduct“) verpflichtet, die die genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter [www.alte-leipziger.de/code-of-conduct](http://www.alte-leipziger.de/code-of-conduct) abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz bzw. fordern Sie ein Angebot an, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages bzw. die Abwicklung des Angebotes und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Umfang der Leistung ist.

**Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.**

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit uns bestehenden Verträge können wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung nutzen, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2a i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2j DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ALH Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1c DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

#### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

##### Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken können wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer) versichern. Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Leistungsfalldaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

##### Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsfalldaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

##### Datenverarbeitung in der ALH Gruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Gruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Vertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Die zurzeit gültige Liste der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, ist dem Antrag bzw. der Angebotsanforderung als Anlage beigefügt. Die aktuelle Liste können Sie im Internet unter [www.alte-leipziger.de/dienstleisterliste](http://www.alte-leipziger.de/dienstleisterliste) abrufen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

**Dauer der Datenspeicherung**

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren nach Beendigung des Vertrages.

**Betroffenenrechte**

Sie können unter der genannten Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

**Widerspruchsrecht**

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.**

**Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

**Beschwerderecht**

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden

**Bonitätsauskünfte**

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der infoscore Consumer Data GmbH Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

**Datenübermittlung in ein Drittland**

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

**Automatisierte Einzelfallentscheidungen**

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung bzw. Angebotsanforderung befragen, können wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe des von Ihnen zu zahlenden Beitrags entscheiden. Dies geschieht nur auf Ihren Wunsch und den Ihres Vermittlers.

Alte Leipziger

Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

Alte Leipziger-Platz 1 · 61440 Oberursel

Bundesrepublik Deutschland

Telefon 06171 66-00 · Telefax 06171 24434

[www.alte-leipziger.de](http://www.alte-leipziger.de) · E-Mail: [leben@alte-leipziger.de](mailto:leben@alte-leipziger.de)

Bankverbindung: Postbank Frankfurt am Main · IBAN: DE67 5001 0060 0061 5576 00 · BIC: PBNKDEFF

Vors. des Aufsichtsrats: Dr. Walter Botermann

Vorstand: Christoph Bohn (Vors.), Dr. Jürgen Bierbaum (stv. Vors.), Frank Kettner, Dr. Jochen Krieger, Wiltrud Pekarek, Martin Rohm, Udo Wilcsek  
Sitz Oberursel (Taunus) · Rechtsform Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit · Amtsgericht Bad Homburg v.d.H. HRB 1583 · USt.-IdNr. DE 114106814

# Zusatzblatt zum Antrag

Versicherter \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Frage-Nr. <b>(unbedingt angeben)</b>		Einzelheiten zu den Fragen, die mit „ja“ beantwortet sind
<b>Fragen zum Gesundheitszustand des Versicherten (VT) im Block B</b>		
Frage-Nr. _____	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	_____
	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	_____
	Arzt, Psychologe, Heilpraktiker, Therapeut, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)	_____
Frage-Nr. _____	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	_____
	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	_____
	Arzt, Psychologe, Heilpraktiker, Therapeut, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)	_____
Frage-Nr. _____	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	_____
	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	_____
	Arzt, Psychologe, Heilpraktiker, Therapeut, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)	_____

# Zusatzblatt zum Antrag

Versicherter

---



---

Geburtsdatum

---

Frage-Nr. <b>(unbedingt angeben)</b>		Einzelheiten zu den Fragen, die mit „ja“ beantwortet sind
Frage-Nr. _____	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	Arzt, Psychologe, Heilpraktiker, Therapeut, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Frage-Nr. _____	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	Arzt, Psychologe, Heilpraktiker, Therapeut, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Frage-Nr. _____	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	Arzt, Psychologe, Heilpraktiker, Therapeut, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>