

Biometrie / September 2025

Antrag zur BU-Wechseloption

Unsere modulare Grundfähigkeitsversicherung bietet die Möglichkeit bei Wechsel in die weiterführende Schule oder bei erstmaligem Berufseinstieg nach Abschluss Ausbildung / Studium in die BU zu wechseln – ohne erneute Risikoprüfung!
 Mehr Informationen zur Wechseloption gibt es [hier](#).

 Versicherungsnummer

 Versicherungsnehmer

Welches Ereignis liegt vor?

Besuch der weiterführenden Schule (mind. 10 Jahre alt)

Erstmaliger Berufseinstieg nach Abschluss Ausbildung / Studium (max. 35 Jahre alt)

Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis über das jeweilige Ereignis bei.

Bei **Besuch der weiterführenden Schule** bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass die versicherte Person

- keine versicherte Grundfähigkeit verloren hat und nicht krankgeschrieben ist,
- nicht berufsunfähig, erwerbsgemindert oder pflegebedürftig ist,
- das letzte Jahr der Grundschule aufgrund einer dauerhaft gesundheitlichen Einschränkung oder Lernschwäche nicht wiederholt hat,
- kein sonderpädagogischer Förderbedarf besteht.

Bei **erstmaligem Berufseinstieg nach Abschluss / Studium (max. 35 Jahre alt)** bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass die versicherte Person

- keine versicherte Grundfähigkeit verloren hat und nicht arbeitsunfähig krankgeschrieben ist,
- nicht berufsunfähig, erwerbsgemindert oder pflegebedürftig ist.

Bitte senden Sie diesen Antrag zusammen mit dem BU-Antrag ausgefüllt an scp@alte-leipziger.de. Ist der Antrag vollständig (Nachweise beifügen) sowie unterschrieben und sind die Voraussetzungen der Bedingungen und zur finanziellen Angemessenheit erfüllt, wird ein entsprechender Versicherungsschein erstellt.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)
Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer (falls nicht versicherte Person)

pv 819.01-09.2025

Darf es ein bisschen mehr sein?

Es besteht die Möglichkeit Leistungserweiterung(en) gegenüber dem Ursprungsvertrag einzuschließen.

Besuch der weiterführenden Schule (mind. 10 Jahre alt)

Nachfolgende Features können **ohne Risikoprüfung** eingeschlossen werden:

Arbeitsunfähigkeit

Dynamikeinschluss _____ %
(zwischen 1-10 % wählbar, bei SBU: max. 5 %)

Beitragsfreie Dynamik _____ %
(max. 5 %)

Bei nachfolgenden Features ist **eine vereinfachte Risikoprüfung (s. Seite 4)** notwendig (sofern sie nicht bereits Bestandteil der GF sind):

Garantierte Rentensteigerung _____ %
(zwischen 1-3 % wählbar)

Einmalige Leistung bei erstmaliger BU _____ %
(zwischen 10- 100% wählbar)

Erstmaliger Berufseinstieg nach Abschluss Ausbildung / Studium (max. 35 Jahre alt)

Bei nachfolgenden Features ist **eine vereinfachte Risikoprüfung (s. Seite 5)** notwendig (sofern sie nicht bereits Bestandteil der GF sind):

Arbeitsunfähigkeit
(VT darf in den letzten 12 Monaten nicht länger als zwei Wochen ununterbrochen krankgeschrieben gewesen sein)

Dynamikeinschluss _____ %
(zwischen 1-10 % wählbar, bei SBU: max. 5 %)

Beitragsfreie Dynamik _____ %
(bis 5 % ohne Risikoprüfung)

Garantierte Rentensteigerung _____ %
(zwischen 1-3 % wählbar)

Einmalige Leistung bei erstmaliger BU _____ %
(zwischen 10- 100% wählbar)

Wir bitten die **versicherte Person**, die **Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung** auf der folgenden Seite zu unterschreiben und **nachfolgende Frage** wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Wird mit „ja“ geantwortet, sind die Einzelheiten bitte unter „nähere Angaben“ zu erläutern.

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 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 Gefahrabsicherung 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.

x

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

Vereinfachte Risikoprüfung bei Besuch der weiterführenden Schule

Sind Sie **in den letzten 3 Jahren** von Ärzten, Psychologen, Heilpraktikern, Therapeuten (Osteopathen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten) oder anderen nichtärztlichen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden? nein ja

Nähere Angaben:

Hinweis: Nicht angegeben werden müssen hier Vorsorge- oder Eignungsuntersuchungen ohne krankhaften Befund und Behandlungen / Untersuchungen wegen bis zu 3 Wochen anhaltenden und nicht mehr als 3-mal in 12 Monaten aufgetretenen, folgenlosen Infektionskrankheiten.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Frage vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

x

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

Vereinfachte Risikoprüfung bei erstmaligem Berufseinstieg nach Abschluss Ausbildung / Studium

Sind Sie **in den letzten 3 Jahren** von Ärzten, Psychologen, Heilpraktikern, Therapeuten (Osteopathen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten) oder anderen nichtärztlichen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden? nein ja

Nähere Angaben:

Hinweis: Nicht angegeben werden müssen hier Vorsorge- oder Eignungsuntersuchungen ohne krankhaften Befund und Behandlungen / Untersuchungen wegen bis zu 3 Wochen anhaltenden und nicht mehr als 3-mal in 12 Monaten aufgetretenen, folgenlosen Infektionskrankheiten.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Frage vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Bei Einschluss der Arbeitsunfähigkeit: Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Wechsel nicht länger als zwei Wochen ununterbrochen krankgeschrieben war.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer (bei Minderjährigen: gesetzliche Vertreter)

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x