

Geschäftspartner / Betriebliche Altersversorgung / Februar 2026

Neueinrichtung einer Direktversicherung in der bAV

Hinweis: Auf die häufigsten Fehler bzw. fehlende Informationen, wird durch ein Symbol hingewiesen.



Was wird benötigt, wenn noch keine bestehenden Direktversicherungsverträge vorhanden sind?

- Antrag auf Abschluss einer Versicherung / eines Rahmenvertrages (bav 601)
- Anlage „Technische Daten“ bzw. Gesamtübersicht
 - Erstellung über E@SY WEB LEBEN
- Registerauszug der Firma oder gültige Ausweiskopie des Versicherungsnehmers
- Bei einer **Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Erwerbsminderungs(-Zusatz)versicherung** oder einer Beitragssumme über 2,5 Mio. € wird zusätzlich eine **Gesundheitserklärung** benötigt.
 - Bei Einzelverträgen: Gesundheitserklärung A (BU und EM: scp 022; GF: scp 056)
 - Bei Kollektivverträgen gelten die Annahmerichtlinien
 - vereinfachte Risikoprüfung bAV (BU: bav 490; GF: bav 489, EM: bav 488)

Hilfestellungen zu den Angaben im Antrag

1. Allgemeines

Betriebliche Altersversorgung: Direkt-/Rückdeckungs-/Pensionskassenversicherung			
<input type="checkbox"/> Antrag auf Abschluss einer Versicherung/ eines Rahmenvertrages		Alte Leipziger Lebensversicherung a.G.	
<input type="checkbox"/> Anforderung eines Angebotes (siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.1.)		Alte Leipziger Pensionskasse AG	
Verbund-Vermittler-Nr.		Dokumente an	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Vermittler
Vermittler			
externe Referenz			

- Für einen Neuantrag / bei erstmaliger Anmeldung: „Antrag auf Abschluss einer Versicherung / eines Rahmenvertrages“ oder „Anforderung eines Angebotes“ ankreuzen.
- Ihre **9-stellige Verbund-Vermittler-Nummer** bei der Alte Leipziger ist immer zwingend anzugeben.
- Rechts wählen Sie aus, an wen die Antragsunterlagen verschickt werden sollen – direkt an den Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) oder an Sie als Vermittler.
- In der Zeile „Vermittler“ tragen Sie Ihren Namen ein.
- Die externe Referenz kann bei der Erstellung über E@SY WEB LEBEN bei Bedarf angegeben werden.

2. Angaben zum Versicherungsnehmer (VN)

Versicherungsnehmer (VN)/Arbeitgeber		<input checked="" type="checkbox"/> Firma	* freiwillige Angabe
Name			
Straße, Nr.			
PLZ		Ort	
Telefon tagsüber*	E-Mail*		

- Die roten Kästchen sind vollständig mit Angaben des **Arbeitgebers** zu befüllen.

3. Angaben zum Versicherten (VT) und ggf. Mitversicherten (MV) und Versicherungsdaten / Vertra

Versicherter (VT) und ggf. Mitversicherter (MV) und Versicherungsdaten		
Wenn mehrere Personen versichert werden sollen, Angaben siehe »Versichertenliste« (Druckstück bav 602; bei Lebensarbeitszeitkonten Excel-Listen bav 632 und bav 633).		
Versicherter (VT)		
Titel		Vorname
Name		
Straße, Nr.		
PLZ		Ort
Geburtsdatum		Geburtsort
Geburtsname		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch und/oder	
derzeit ausübter Beruf		
Dienstleintrittsdatum	Zusagedatum	

- Die roten Kästchen sind vollständig mit den Angaben des zu versichernden **Arbeitnehmers** zu befüllen.
- Sollen mehrere Arbeitnehmer versichert bzw. gemeldet werden, sind die Angaben in der Versichertenliste (bav 602) zu machen.

Mitversicherter (MV) bei Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung		
		<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Titel		Vorname
Name		
Geburtsdatum		

- Wenn Sie das Antragsdokument über unsere Beratungssoftware E@SY WEB LEBEN erstellen, erscheint dieser Abschnitt nur auf dem Antragsdokument, wenn im Vorschlag eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung eingeschlossen wurde. Nur dann ist das zu befüllen.

Versicherungsdaten	<input checked="" type="checkbox"/> siehe „Anlage Technische Daten“/„Gesamtübersicht“ vom	Bitte immer beifügen!
Die „Anlage Technische Daten“ bzw. die „Gesamtübersicht“ 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).		

- Erstellen Sie das Antragsdokument über unsere Beratungssoftware E@SY WEB LEBEN, wird das entsprechende Datum automatisch ausgefüllt. Andernfalls ist hier das Datum analog der „Anlage Technische Daten“ bzw. der „Gesamtübersicht“ einzutragen. **Ohne „Anlage technische Daten“ bzw. „Gesamtübersicht“ keine Policierung!**

Vertragsform	<input type="checkbox"/> Direktversicherung bei der ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G. <input type="checkbox"/> Rückdeckungsversicherung bei der ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G. <input type="checkbox"/> Pensionskassenversicherung bei der ALTE LEIPZIGER Pensionskasse AG
---------------------	---

- Bei der gewünschten Vertragsform ist das entsprechende Kreuz zu setzen.

4. Erklärung nach dem Geldwäschegegesetz

Erklärung nach dem Geldwäschegegesetz

(Nicht erforderlich bei Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs-, Grundfähigkeits- und Pensionskassenversicherungen, sonst bitte immer ausfüllen!)

I. Identifizierung des Versicherungsnehmers und einer ggf. für ihn auftretenden Person (Erläuterung siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.3.)

- Ist der VN in einem Register eingetragen (z.B. Handels-/Vereinsregister)?

<input type="checkbox"/> ja	eingetragen beim Amtsgericht	unter Register-Nr.
-----------------------------	---------------------------------	-----------------------

Bitte Kopie eines vollständigen und aktuellen Registereintrags, aus dem auch die Vertreter der Firma hervorgehen, beifügen.

Der beigefügte Registerauszug ist älter als 3 Monate, aber es haben sich seitdem keine Änderungen ergeben.

<input type="checkbox"/> nein	Bitte vollständige und lesbare Ausweiskopien (gültiger Personalausweis, Reisepass) <u>aller Personen</u> , die VN sind, beifügen!
-------------------------------	---

- Ist der Arbeitgeber in einem Register eingetragen, wird ein **Registerauszug** zwingend benötigt (z. B. Handelsregister, Vereinsregister etc.). Ist der Registerauszug älter als **3 Monate**, aber noch aktuell, ist das entsprechend anzukreuzen.
- Ist er nicht in einem Register eingetragen, werden die **Ausweiskopien aller Personen, die Versicherungsnehmer sind**, benötigt.

Falls für den VN eine andere Person auftritt (bevollmächtigter Vertreter, der diesen Antrag unterschreibt):

Titel	Vorname
Name	
Funktion	

Handelt es sich bei der für den VN auftretenden Person um eine politisch exponierte Person, ein Familienmitglied einer politisch exponierten Person oder eine ihr bekannterenmaßen nahestehende Person (Erläuterung siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.5.)?

ja (Druckstück scp 515 ausfüllen) nein

Nur erforderlich bei nicht verpfändeten Rückdeckungsversicherungen:

Die Identifizierung der für den VN auftretenden Person erfolgt über einen gültigen Ausweis (Personalausweis, Reisepass). Bitte vollständige und lesbare Ausweiskopie beifügen!

Darüber hinaus bitte Nachweis (Kopie) für die Berechtigung der auftretenden Person beifügen (z.B. Handelsregisterauszug, Satzung, Vollmacht).

- Die Angaben zum bevollmächtigten Vertreter sind grundsätzlich immer auszufüllen, da die Unterschrift unter dem Antrag andernfalls nicht zweifelsfrei zuzuordnen ist.

II. Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

(Nur erforderlich bei nicht verpfändeten Rückdeckungsversicherungen. Erläuterung siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.4.)

1. Hat Sie ein Dritter veranlasst, den Vertrag zu schließen oder zahlt ein Dritter (Ausnahme: Versicherter) den Beitrag zu diesem Vertrag?

ja nein (weiter bei 3.)

2. Ist dieser Dritte eine natürliche Person? ja nein (Druckstück pav 025 ausfüllen und weiter bei 3.)

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

3. Eigentum und Kontrolle:

Bitte das Druckstück pav 025 für den VN ausfüllen, wenn er keine natürliche Person ist.

- Die Angaben sind bei einem Antrag auf eine Direktversicherung nicht erforderlich, da der versicherte Arbeitnehmer als wirtschaftlich Berechtigter gilt.

5. SEPA-Lastschriftmandat

SEPA-Lastschriftmandat (nicht bei Einmalbeitrag)

Wir ermächtigen die ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel (Gläubiger-Identifikationsnummer DE84ZZZ00000082459), bzw. bei Pensionskassenversicherungen die ALTE LEIPZIGER Pensionskasse AG, Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel (Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000082455), Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der ALTE LEIPZIGER auf das Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem 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



- Hier sind die Kontodaten für ein SEPA-Lastschriftmandat einzutragen.
- Ist der Kontoinhaber nicht der Versicherungsnehmer sind zusätzlich Angaben zum Kontoinhaber zu machen und das SEPA-Lastschriftmandat muss unterschrieben werden.

6. Risikoprüfung

Risikoprüfung

Grundsätzlich ist eine Risikoprüfung analog der für Einzelversicherungen gültigen Annahmerichtlinien (Druckstück pv 002) vorzunehmen. Stattdessen kann bei Versicherung von mehreren Personen mit einheitlichen Leistungen innerhalb eines Rahmenvertrages eine vereinfachte Risikoprüfung gemäß Annahmerichtlinien (Druckstücke bav 487, bav 488, bav 489 bzw. bav 490) erfolgen.

Folgende Unterlagen/Erklärungen zur Risikoprüfung liegen bei:

- vollständige Angaben anhand der Gesundheitserklärung A (Druckstück scp 022)
 - bzw. bei einer Grundfähigkeitsversicherung: vollständige Angaben anhand der Gesundheitserklärung A-GF (Druckstück scp 056).
- vereinfachte Angaben anhand 3 Fragen (Druckstück bav 409).
- Erklärung „(erweitert) Dienst voll versehen“ in der „Versichertenliste“ (Druckstück bav 602).
- erweiterte Dienstobligieheitserklärung des Arbeitnehmers (Druckstück bav 432).
- bei einer Erwerbsminderungs(-Zusatz)versicherung: erweiterte Dienstobligieheitserklärung des Arbeitnehmers (Druckstück bav 414).
- bei einer Grundfähigkeitsversicherung: Dienstobligieheitserklärung^{PLUS} GF des Arbeitnehmers (Druckstück bav 429).

- Wird eine Risikoprüfung erforderlich (siehe Seite 1), ist entsprechend anzukreuzen, welche Gesundheitserklärung beigefügt wird.

7. Finanzierungsart

Erklärungen zur Direktversicherung bzw. Pensionskassenversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG

Finanzierung

Die Versicherung ist

- arbeitgeberfinanziert.
- arbeitnehmerfinanziert (Entgeltumwandlung ggf. mit gesetzlichem Arbeitgeberzuschuss).
- arbeitgeber- und arbeitnehmerfinanziert (mischfinanziert).

- Bei der gewünschten Finanzierungsart ist das Kreuz zu setzen.
- **Eine Entgeltumwandlung mit dem gesetzlichen Arbeitgeberzuschuss gilt als rein arbeitnehmerfinanziert.**

8. Bezugsrecht (Direktversicherung & Pensionskasse)

Bezugsrecht

1. Verfügung des Arbeitgebers zugunsten des Arbeitnehmers

Der Versicherte ist aus der Versicherung sowohl für den Todes- als auch für den Erlebensfall unwiderruflich bezugsberechtigt; ggf. Angabe einer Personengruppe _____.

- Bei alleiniger Arbeitgeberfinanzierung unter folgendem Vorbehalt; ggf. Angabe einer Personengruppe _____:
Der Arbeitgeber hat das Recht, alle Versicherungsleistungen für sich in Anspruch zu nehmen, wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versorgungsfalls endet, es sei denn die Voraussetzungen für die gesetzliche Unverfallbarkeit (derzeit: der Versicherte hat das 21. Lebensjahr vollendet und die Versorgungszusage hat 3 Jahre bestanden) sind erfüllt.

2. Verfügung zugunsten der Hinterbliebenen des Arbeitnehmers

Im Einvernehmen zwischen Arbeitgeber und Versichertem ist für den Todesfall folgendes Bezugsrecht in nachstehender Rangfolge unwiderruflich bestellt:

Bezugsberechtigt sind

- der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Todes verheiratet war,
- der Lebenspartner, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Todes in einer gemäß § 1 LPartG eingetragenen Partnerschaft gelebt hat,
- der Lebensgefährte des nicht verheirateten Versicherten, mit dem dieser zum Zeitpunkt seines Todes in einer auf Dauer angelegten eheähnlichen Gemeinschaft gelebt hat und den dieser der Alte Leipziger vor Eintritt des Versorgungsfalls genannt hat,

Lebensgefährte in häuslicher Gemeinschaft

Titel	Vorname
Name	
Geburtsdatum	

- die Kinder des Versicherten im Sinne des § 32 Abs. 3, Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Abs. 5 EStG, maximal aber bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,

- die sonstigen Erben des Versicherten.

In den Fällen d) und e) sind die genannten Personen Gesamtgläubiger gemäß § 428 BGB. Sind Hinterbliebene im Sinne der Buchstaben a) bis d) nicht vorhanden, wird die fällige Leistung auf ein Sterbegeld in Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten begrenzt. Der Höchstbetrag für die gewöhnlichen Beerdigungskosten wird gemäß § 150 Abs. 4 VVG von der Aufsichtsbehörde festgelegt und beträgt zurzeit 8.000,00 EUR.

- Bei **reiner Arbeitgeberfinanzierung** ist das Kreuz bei der Verfügung des Arbeitgebers zugunsten des Arbeitnehmers nicht vorbelegt. Sollen die Versicherungsleistungen zurück an den Arbeitgeber fließen, wenn der Arbeitnehmer vor Beginn der Unverfallbarkeit das Arbeitsverhältnis beendet, ist das Kreuz aktiv zu setzen.
- Ist ein Lebensgefährte in häuslicher Gemeinschaft bezugsberechtigt, ist dieser hier einzutragen.
- Ist eine individuelle Regelung zum Bezugsrecht gewünscht, kann das widerrufliche Todesfallbezugsrecht geändert werden. Das entsprechende Druckstück (bav 401) finden Sie im Vermittlerportal oder Sie fragen es bei Ihrer zuständigen Bestandsabteilung an.

9. Besondere Vereinbarungen

Besondere Vereinbarungen

- Hier können individuelle Vereinbarungen aufgeführt werden.

10. Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung

Bestätigung: Hiermit bestätigen wir, dass wir die Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung zur Kenntnis genommen haben.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer mit Firmenstempel

x

- Der Abschnitt Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung ist zu unterschreiben.

11. Empfangsbestätigung und Unterschrift

Empfangsbestätigung bei Antragstellung (Nicht erforderlich bei Angebotsanforderung.)

Hiermit bestätigen wir, dass wir die in der „Übersicht der zum Versicherungsvorschlag gehörenden Unterlagen“ und der „Anlage Technische Daten“/„Gesamtübersicht“ aufgeführten Unterlagen, die Bestandteil des Versicherungsvertrags sind, vor Antragstellung in Textform erhalten haben:

als PDF-Datei (z.B. auf USB-Stick/CD oder per E-Mail), deren Lesbarkeit wir geprüft haben, oder auf Papier, als Fax.

Die **Widerrufsbelehrung** in den „Informationen über den Versicherungsvertrag“ haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer ggf. Firmenstempel



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**. Dort finden Sie unter anderem Hinweise zum vorläufigen Versicherungsschutz (Ziffer I.2.) 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.

Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepliktentbindungserklärung

Sie (der Arbeitgeber) bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass die zu versichernden Personen ihre datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepliktentbindungserklärung schriftlich erteilt und die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen haben.

fin4u (nicht bei rein arbeitgeberfinanzierten Rückdeckungsversicherungen)

Die Versicherten 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 die Versicherten zeitnah nach Abschluss der Versicherung. Werden bei Direktversicherungen im Vertrag Nachhaltigkeitsaspekte berücksichtigt, stellen wir **regelmäßige Informationen** dazu ausschließlich **elektronisch** über fin4u zur Verfügung.

Erklärung des Vermittlers bei nicht verpfändeten Rückdeckungsversicherungen

Ich bestätige mit meiner Unterschrift auch, dass die ggf. erforderlichen Angaben zur Identifizierung nach dem Geldwäschegegesetz und die ggf. beigelegten Ausweiskopien mit dem Originalausweis der jeweiligen Person übereinstimmen.

Der Versicherungsnehmer bzw. die ggf. für ihn auftretende Person – sofern sie natürliche Person sind – waren bei der Identifizierung **nicht** persönlich anwesend.

Antragsunterschriften

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer ggf. Firmenstempel

Unterschrift Vermittler ggf. Firmenstempel



- Es ist anzukreuzen, wenn die Angebotsunterlagen auf Papier oder als Fax ausgehändigt werden.
- Die Unterschriften zur Empfangsbestätigung und die Antragsunterschriften des Versicherungsnehmers (ggf. Firmenstempel, wenn vorhanden – nicht zwingend notwendig) und von Ihnen als Vermittler werden zwingend benötigt, um den Vertrag zu polizeieren.
- Die besondere Erklärung des Vermittlers zum Geldwäschegegesetz und zur persönlichen Anwesenheit ist bei einer Direktversicherung nicht erforderlich.

Sind diese Angaben geprüft:

- PeP-Frage beantwortet?
- Sind alle Angaben zur GWG-Prüfung vorhanden?
- Ist ein aktueller Registerauszug beigelegt?
- Sind Zusagedatum und Diensteintritt benannt?
- Ist die „Anlage technische Daten“ bzw. die „Gesamtübersicht“ beigelegt?
- Ist das Geschlecht der versicherten Person benannt?

Allgemeine Hinweise:

- Bei handgeschriebenen Anträgen auf Lesbarkeit achten
- Bei mehreren Anmeldungen: Versichertenliste (bav 602)
- Bei Fragen zum Antragsprozess: 06171 – 66 1330