



**CONDOR**  
VERSICHERUNGSGRUPPE

**Lebensversicherung**

<input type="radio"/> <b>Antrag auf</b> Erhöhung d. besteh. Versicherung Nr.: 	<input type="radio"/> <b>Bei Rahmenvertrag:</b> Name des Rahmenvertragspartners: 
---	---

Gst.	Vermittler
------	------------

**117 Net**

Dieses Feld füllt die Gesellschaft aus:

interner Schlüssel des Vermittlers / vom Vermittler anzugeben

**1**  
**Antragsteller**

Frau  Herr

<input type="text" value="Postleitzahl"/>	<input type="text" value="Ort"/>	<input type="text" value="Telefon (freiwillige Angabe)"/>
<input type="text" value="Geburtsdatum"/>	<input type="text" value="Geburtsort"/>	<input type="text" value="Staatsangehörigkeit"/>

selbstständig  angestellt  
 öffentl. Dienst

**2**  
**Zu versichernde Person**  
(falls vom Antragsteller abweichend)

weiblich  männlich

<input type="text" value="Postleitzahl"/>	<input type="text" value="Ort"/>
<input type="text" value="Geburtsdatum"/>	<input type="text" value="Geburtsort"/>

Im Falle des vorzeitigen Ablebens des Versicherungsnehmers (s. Ziff. 1) soll die versicherte Person (s. Ziff. 2) neuer Versicherungsnehmer sein. Diese Vereinbarung kann bis zum Eintritt des Todesfalles widerrufen werden. Sofern wegen Minderjährigkeit eine Genehmigung dieser Erklärung erforderlich ist, reicht es, wenn sie zu diesem Zeitpunkt vorgelegt wird. Die notwendige Zustimmung der Condor wird ebenfalls erst dann erklärt.

**3**  
**Bezugsrecht**  
(im Erlebensfall bitte nur ausfüllen, wenn Antragsteller nicht Begünstigter)

**Im Erlebensfall** der versicherten Person

**Im Todesfall** der versicherten Person

Bei Rückdeckungsversicherung: Im Todes- und Erlebensfall der Versicherungsnehmer  
 Bei Direktversicherung: Formular CLA 04 bitte beifügen

**4**  
**Einzugs-ermächtigung**

Der Vermittler ist zur Entgegennahme von Beiträgen nicht berechtigt.

Bis zu meinem jederzeit möglichen Widerruf ermächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von meinem Girokonto einzuziehen. Konto des Antragstellers:

<input type="radio"/> Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung <input type="text" value="Bankleitzahl"/> <input type="text" value="Konto-Nummer"/>	<input type="radio"/> Der Antragsteller handelt auf Veranlassung eines Dritten (Name, Anschrift):
---	---

**5**  
**Identifizierung des Antragstellers nach dem Geldwäschegesetz**

Nachfolgendes bitte ausfüllen, **sofern der Antragsteller (Versicherungsnehmer) seine Beiträge nicht von seinem Inlandskonto abbuchen lässt oder der Abruf nicht möglich sein sollte** und eines oder mehrere der nachfolgend genannten Kriterien erfüllt sind: 1. Bei einem jährlichen (Brutto-)Beitrag ab 1.000 EUR (mtl. 83,33 EUR), 2. Bei Einschluss einer Dynamik, 3. Bei einem Einmalbeitrag (bei einer Stiftung, Personengesellschaft oder juristischen Person als Antragsteller (VN) ist das Identifizierungsformular (CLA 03) auszufüllen).

Der Antragsteller handelt auf  eigene Veranlassung (Name, Anschrift)  Veranlassung eines Dritten (Name, Anschrift):

<input type="text" value="Personalausweis- oder Reisepass-Nr. des Antragstellers"/>	<input type="text" value="Ausstellende Behörde"/>
---	---

gültig bis: \_\_\_\_\_  Eine Fotokopie des Ausweises ist diesem Antrag beigelegt.

**6**  
**Besondere Vereinbarungen**

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen (z.B. über Hypothekenbeschaffung) abhängig?

**Nebenabreden sind nur verbindlich, wenn sie von der Gesellschaft schriftlich bestätigt werden.**

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer) \_\_\_\_\_ und falls abweichend \_\_\_\_\_ Unterschrift zu versichernde Person

**7 Risiko-versicherung**

**Tarif 709 Comfort** (Nichtraucher)  **Tarif 710 Comfort** (Raucher)  **ohne Umtauschrecht** (siehe § 19 der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen für die Risikoversicherung)

**Es gelten die Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen für die Risikoversicherung nach den Tarifen 709 und 710 mit dem Kurzbezeichner H4E.**

Versicherungsbeginn Monat/Jahr	01	Versicherungsdauer (Jahre)	
Eintrittsalter		Von der Versicherungsdauer abweichende Beitragszahlungsdauer (Jahre)	
<b>Versicherungssumme</b>		<b>Überschussverwendung:</b>	Sofortverrechnung

**8 Kapital-versicherung**

(Bei betrieblicher Altersvorsorge siehe Rückseite – Wichtige Vereinbarungen, Erklärungen und Hinweise)

**Tarif 702** - **Es gelten die Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen für die Kapitalversicherung auf den Todesfall mit Verrentung der Erlebensfallsumme nach Tarif 702 mit folgender Tariflinie und dem Kurzbezeichner:**

**Comfort - G4B**  **Compact - G4C**  **Gruppe - G4I**

Versicherungsbeginn Monat/Jahr	01	Flexible Ablaufphase (in Jahren)		Versicherungsdauer (Jahre)	
Eintrittsalter		Von der Versicherungsdauer abweichende Beitragszahlungsdauer (in Jahren)			
<b>Versicherungssumme</b>		<b>garantierte monatliche Rente</b>			

**Überschussverwendung vor Rentenbeginn:**

Verzinliche Ansammlung  Beitragsverrechnung  Zuwachsversicherung

**9 Lebenslange Todesfall-versicherung**

**Tarif 701** - **Es gelten die Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen für die Lebenslange Todesfallversicherung nach Tarif 701 mit folgender Tariflinie und dem Kurzbezeichner:**

**Compact - S4B**  **Gruppe - S4D**

Versicherungsbeginn Monat/Jahr	01	Beitragszahlungsdauer (Jahre)	
Eintrittsalter		<b>Versicherungssumme</b>	

**Überschussverwendung:**  Verzinliche Ansammlung  Beitragsverrechnung

**10 Zusatz-versicherungen**

(Bei betrieblicher Altersvorsorge siehe Folgeseite 6 – Wichtige Vereinbarungen, Erklärungen und Hinweise)

**Risiko-Zusatzversicherung (RZ) (nur zu Tarif 702)**  **RZ0 (gleich bleibend)**  **RZ1 (fallend)**

Es gelten die Zusatz-Bedingungen für die Risiko-Zusatzversicherung (P44)

Versicherungssumme (anfängl. VS bei RZ1)		VERSICHERUNGSDAUER (Jahre)		Von Versicherungsdauer abweichende Beitragszahlungsdauer (Jahre)	
--	--	----------------------------	--	--	--

Überschussverwendung:  Sofortverrechnung  Bei Einmalbeitrag: Verzinl. Ansammlung

**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) (nicht zu Tarif 701)**

Es gelten die Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)  **Comfort - R4J**  **Classic - R4I**

Nur Beitragsbefreiung  Beitragsbefreiung und **garantierte Rente** von monatlich

Garantierte Rentenerhöhung im BUZ-Leistungsfall siehe § 1(4) a der Comfort- BUZ Bedingungen (max. 5,0%)

Karenzzeit (6, 12, 18, 24 Monate)

**Nur für Comfort-BUZ**

**Rentenstaffel A** volle Leistung ab 50% Berufsunfähigkeit (wenn nichts angekreuzt ist, gilt automatisch Rentenstaffel A)

**Rentenstaffel B** volle Leistung ab  % Berufsunfähigkeit, siehe dazu § 1 Absatz 1 c der BUZ-Bedingungen (max. 80%)

Beitragsfreie Dynamik im BUZ-Leistungsfall siehe § 1(4) b der BUZ-Bedingungen (max. 10%)

BUZ-Verlängerungsrecht

Überschussverwendung	Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit	Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit
Nur Beitragsbefreiung:	<input checked="" type="checkbox"/> Sofortverrechnung	<input checked="" type="checkbox"/> Verzinliche Ansammlung
Beitragsbefreiung und Rente:	<input checked="" type="checkbox"/> Bei Einmalbeitrag: Verzinliche Ansammlung	<input checked="" type="checkbox"/> Jährliche Rentenerhöhung

**11 Beitrag / Zahlungsweise**

monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  Einmalbeitrag

\*Der Netto-Beitrag ist der um Überschüsse verminderte Beitrag. Er kann nicht garantiert werden und gilt solange die derzeit deklarierten Überschussanteilsätze unverändert bleiben.

**(Brutto-)Beitrag gemäß Beitragszahlungsweise**  EUR

**(Netto-)Beitrag\* gemäß Beitragszahlungsweise**  EUR

**12 Dynamik**

**Automatische Anpassung des Beitrages der Versicherung um 5% des Vorjahresbeitrages wird beantragt. Statt dessen:**

**Form 1:** gemäß Steigerung des Höchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung

**Form 2:** mit (1-10%) des Vorjahresbeitrages

**Form 3:** mit (1-10%) des Beitrages der Grundversicherung  %

Ich wünsche keine Dynamik

**Es gelten die Besonderen Bedingungen für die planmäßige Erhöhung (Dynamik) der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (047).**

83 376 11 0117 008 0 03.11

Bei einer betrieblichen Altersversorgung nutzen Sie für die folgenden Fragen bitte das gesonderte Formular CLA 409, welches von der zu versichernden Person direkt bei der Gesellschaft einzureichen ist.

Nachfolgende Fragen zum Risiko bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse richtig und vollständig zu beantworten. Für deren richtige und vollständige Beantwortung sind Sie auch dann allein verantwortlich, wenn deren Beantwortung durch eine andere Person erfolgt. Bei unvollständiger oder unrichtiger Beantwortung können wir je nach den Umständen und dem Grad des Verschuldens für eine solche unrichtige oder unvollständige Beantwortung vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder unter Umständen auch eine rückwirkende Vertragsanpassung (Ausschluss des Risikos oder Anhebung der Prämie) verlangen. Dadurch kann es zum vollständigen oder teilweisen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen, so dass unsere Leistungspflicht in einem solchen Fall ganz oder teilweise entfällt.

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, können Sie direkt der Gesellschaft schriftlich (mit Ihrer Unterschrift) einreichen. Bitte kreuzen Sie dazu das Feld hier an:  und nennen Sie uns die Anzahl der Seiten:

- Die in Klammern aufgeführten Erkrankungen/Risiken haben lediglich beispielhaften Charakter und sind nicht als abschließende Liste zu verstehen.
- Bitte beachten Sie, dass wir den Vertragsschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig machen (s. Hinweis zur Selbstverpflichtung auf den Folgeseiten).

<b>13</b> <b>Fragen an die zu versichernde Person</b>	<b>1.</b> Wurde in den letzten 10 Jahren eine Versicherung auf Ihr Leben oder für den Fall Ihrer Berufsunfähigkeit von einem Versicherer abgelehnt, zurückgestellt, mit Beitragszuschlag oder mit einer Leistungseinschränkung versehen bzw. angeboten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bei welchen Unternehmen?  Wann?
	<b>2.</b> Sind bei anderen Unternehmen Versicherungen auf Ihr Leben oder für den Fall Ihrer Berufsunfähigkeit abgeschlossen oder beantragt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bei welchen Unternehmen?  Versicherungs-/Todesfallsummen insgesamt <input type="text"/> EUR Berufsunfähigkeitsrenten insgesamt (monatlich) <input type="text"/> EUR
	<b>3.</b> Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z.B. Flugrisiko; Umgang mit Chemikalien, radioaktiven Stoffen/Strahlen; Aufenthalt in Krisengebieten), bei Sport oder Hobby (z.B. Flugsport/Drachenfiegen/Fallschirmspringen, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen, Extremsportarten oder sportlichen Wettbewerben) ausgesetzt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welche?  (Bitte auch den jeweiligen Zusatzfragebogen ausfüllen)
	<b>4.</b> Fahren Sie ein motorisiertes Zweirad (z.B. Motorrad), ein Quad oder ein Trike?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welcher Art?  Hubraum <input type="text"/> ccm <input type="text"/> KW/PS
	<b>5.</b> Reisen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate für länger als 6 Monate in ein außereuropäisches Land?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wann? Wohin? Wie lange? (Bitte auch Zusatzfragebogen ausfüllen)

<b>14</b> <b>Gesundheitsfragen (A)</b> (an die zu versichernde Person)	<b>1.</b> Körpergröße / Körpergewicht	<input type="text"/> cm   <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <input type="text"/> %  <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	<b>2.</b> Bestehen <b>derzeit</b> oder bestanden in den <b>letzten 5 Jahren</b> Krankheiten, Behinderungen, medizinisch behandelte Beschwerden oder geistige bzw. körperliche Schäden als Folgen von Krankheiten oder Verletzungen, die zu einer länger als 2 Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit geführt haben?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
	<b>3.</b> Nehmen Sie <b>derzeit</b> oder nahmen Sie innerhalb der <b>letzten 2 Jahre</b> länger als 2 Wochen Medikamente? (Bitte geben Sie auch nicht verordnete Medikamente an.) Wenn ja, Name der Medikamente, wann und wie oft eingenommen:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
	<b>4.</b> Haben in den <b>letzten 5 Jahren</b> Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche beabsichtigt oder ärztlich empfohlen? Wenn ja, bitte Datum, Ort und Grund angeben.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
	<b>5.</b> Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt? (z.B. durch einen AIDS-Test)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
<b>6.</b> Besteht ein körperliches Gebrechen, ein Organfehler, eine angeborene Erkrankung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WdB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? Wenn ja, welches/aufgrund welchen Leidens?			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Art und Grad der Anerkennung (MdE, WDB, GdB)			
<b>7.</b> Beziehen oder bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt?			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja, seit wann und aus welchen Gründen?			
<b>8. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?</b>			
<b>Name:</b>			
<b>Anschrift:</b>			

Bitte machen sie hier **weitere Angaben zu den mit „ja“** beantworteten Fragen (z.B. Wann – Datum, Art und Dauer der Erkrankung, erhobene Befunde, Folgen, Name und Anschrift des behandelnden Arztes, der Krankenhäuser, Heilstätten etc.):

---



---



---



---



---

unterschriebenes Extrablatt ist beigefügt

**15 Gesundheitsfragen (B)**

(an die zu versichernde Person)

1. Bestehen <b>derzeit</b> oder bestanden in den <b>letzten 5 Jahren</b> Krankheiten, Behinderungen, medizinisch behandelte Beschwerden oder geistige bzw. körperliche Schäden als Folgen von Krankheiten oder Verletzungen,	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
a) des <b>Herzens</b> oder des <b>Kreislaufs</b> (z.B. erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Venen-/Arterienerkrankungen, Schlaganfall, Thrombose, Krampfadern)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b) an <b>Lunge, Bronchien, Zwerchfell</b> (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, berufsbedingte Atemwegsprobleme)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c) an <b>Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber</b> (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
d) an <b>Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust</b> (z.B. Nierenentzündung, Steinleiden)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
e) des <b>Stoffwechsels</b> (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
f) der <b>Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen</b> (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
g) durch akute oder chronische <b>Infektionen</b> (z.B. Malaria, Hepatitis)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
h) der <b>Psyche</b> (z.B. Angststörung, Depression, Essstörung)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i) des <b>Gehirns</b> oder <b>Nervensystems</b> (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
j) der <b>Wirbelsäule, Bandscheiben</b> (z.B. Nacken- oder Rückenbeschwerden, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
k) der <b>Knochen, Gelenke, Bänder, Muskeln, Sehnen</b> (z. B. Abnutzung, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung)?,	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
l) der <b>Haut, Allergien</b> (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-) Ekzem, Schuppenflechte)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
m) der <b>Augen</b> (z.B. Fehlsichtigkeit erhöhter Augendruck)?	Dioptrien li   re <input type="text"/>   <input type="text"/>
n) der <b>Ohren</b> (z.B. Tinnitus, vermindertes Hörvermögen)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
2. Nehmen Sie <b>derzeit</b> oder nahmen Sie innerhalb der <b>letzten 5 Jahre</b> Betäubungsmittel oder Drogen ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
3. Werden Sie <b>derzeit</b> oder wurden Sie innerhalb der <b>letzten 5 Jahre</b> wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
4. Haben Sie innerhalb der <b>letzten 5 Jahre</b> einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
5. Sind Sie <b>derzeit</b> oder waren Sie innerhalb der <b>letzten 5 Jahre</b> länger als 2 Wochen in Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten, Zigarren oder Pfeife geraucht, Schnupftabak oder Kautabak oder sonst Nikotin aktiv zu sich genommen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Bitte machen sie hier **weitere Angaben zu den mit „ja“** beantworteten Fragen (z.B. Wann – Datum, Art und Dauer der Erkrankung, erhobene Befunde, Folgen, Name und Anschrift des behandelnden Arztes, der Krankenhäuser, Heilstätten etc.):

unterschriebenes Extrablatt ist beigefügt

**16 Fragen zur beruflichen Tätigkeit**

(an die zu versichernde Person)

1.) Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Vollzeit  Teilzeit mit  Wochenstunden

angestellt  selbstständig  öffentlicher Dienst

2.) Haben Sie jemals aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?  ja  nein

Wenn ja, wann und weshalb? \_\_\_\_\_

3.) In welchem Verhältnis steht die beantragte **Jahresrente** der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu Ihrem in den letzten **drei** Jahren durchschnittlich erzielten jährlichen **Netto-Arbeits**einkommen?

bis 1/4  bis 1/3  bis 1/2  bis 2/3  Über 2/3, dann bitte Formular CLA 575 ausfüllen

Bei einer Jahresrente (Gesamtabsicherung) von **über 24.000,00 EURO immer** das Formular CLA 575 ausfüllen und dem Antrag beifügen.

**17 Weitere Angaben**

**Haben Sie Ihrem Vermittler gegenüber weitere als die hier enthaltenen Angaben** zum Risiko (z.B. Gesundheitsangaben, Angaben zu Sport oder Hobby, zur beruflichen Tätigkeit) gemacht?  ja  nein (Welche?)

**18 Untersuchung**

Ärztliche Untersuchung (für BUZ oder Todesfallsumme gemäß Formular CLA 229) veranlasst bei:

**19 Schluss-erklärungen Unterschriften**

(alle Unterschriften bitte mit Vor- und Nachnamen)

**Bevor Sie diesen Antrag und ggf. ergänzende Antragsunterlagen unterschreiben, lesen Sie bitte nochmals die auf den Folgeseiten 5, 6, 7 und 8 abgedruckten wichtigen Vereinbarungen, Erklärungen und Hinweise.** Die dort aufgeführten Schluss-erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person enthalten unter anderem eine **eine Belehrung über das Ihnen zustehende Widerrufsrecht, eine Entbindung von der Schweigepflicht und eine Einwilligung zur Datenverarbeitung. Sie machen diese auf den Folgeseiten 5, 6, 7 und 8 abgedruckten wichtigen Vereinbarungen, Erklärungen und Hinweise sowie die dem beantragten Vertrag zugrunde liegenden Versicherungs-Bedingungen, die Versicherungsnehmer-Information inkl. Produkt-Informationsblatt, das Merkblatt zur Datenverarbeitung und die Steuerlichen Hinweise und den Vorschlag inkl. Modellrechnung mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages und stimmen zu, dass der vereinbarte Beginn des Versicherungsschutzes vor dem Ende der Widerrufsfrist liegen kann.** Des Weiteren lesen Sie bitte ein weiteres Mal Ihre Antworten und Erklärungen. Sie sind an Ihre Vertragserklärung 6 Wochen lang gebunden. Innerhalb dieser Frist kann die Condor Lebensversicherungs-AG diesen Antrag annehmen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tag der Untersuchung.

**Bitte die Seiten 1 bis 4 einzeln unterschreiben und alle 8 Seiten einreichen**

**rungs-Bedingungen, die Versicherungsnehmer-Information inkl. Produkt-Informationsblatt, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Steuerlichen Hinweise und den Vorschlag inkl. Modellrechnung mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages und stimmen zu, dass der vereinbarte Beginn des Versicherungsschutzes vor dem Ende der Widerrufsfrist liegen kann.** Des Weiteren lesen Sie bitte ein weiteres Mal Ihre Antworten und Erklärungen. Sie sind an Ihre Vertragserklärung 6 Wochen lang gebunden. Innerhalb dieser Frist kann die Condor Lebensversicherungs-AG diesen Antrag annehmen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tag der Untersuchung.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Zu versichernde Person (ggf. gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Antragsvermittler (Name in Druckbuchstaben und Unterschrift)

**20 Empfangsbestätigung**

Hiermit bestätige ich, dass mir **1.** eine Kopie des Antrages, **2.** alle die dem von mir beantragten Vertrag zugrunde liegenden und vorstehend aufgeführten Versicherungs-Bedingungen, **3.** die Versicherungsnehmer-Information inkl. Produkt-Informations-

**blatt, 4.** Vorschlag inkl. Modellrechnung **5.** das Merkblatt zur Datenverarbeitung und **6.** die Steuerlichen Hinweise ausgehändigt wurden und ich vor Abgabe der Antragserklärung ausreichend Zeit und Gelegenheit hatte, deren Inhalt zur Kenntnis zu nehmen.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Antragsteller (Versicherungsnehmer)

## Antragstellung/Vorläufiger Versicherungsschutz

Diese Bedingungen gelten nur, wenn Sie einen rechtswirksamen Antrag – keinen vorläufigen, Vorfrage- oder Probeantrag – für eine Versicherung nach den Tarifen 701, 702, 709, 710 oder 778 in der Tariflinie „Comfort“ oder „Compact“ beantragt haben. Sie gelten auch für eine zu diesen Tarifen beantragte Risiko-Zusatzversicherung oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung „Comfort“. Haben Sie eine Versicherung nach einem anderen Tarif in der Tariflinie „Comfort“ oder „Compact“ beantragt, gelten diese Bedingungen nur für eine beantragte Risiko- oder Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung sowie eine beantragte Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung „Comfort“. Die Regelungen dieser Bedingungen für die Tariflinie „Comfort“ gelten für die Tariflinien „Comfort D“ und „Comfort F“ entsprechend.

### Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

#### Sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer. Wir bieten Ihnen einen vorläufigen Versicherungsschutz, dessen Einzelheiten hier geregelt sind.

#### Übersicht über die hier enthaltenen Regelungen:

- § 1 Was ist vorläufig versichert?
- § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?
- § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 6 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?
- § 7 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?

#### § 1

##### Was ist vorläufig versichert?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich für den Fall des Todes (auch bei der Hinterbliebenenrente) und der Berufsunfähigkeit / Pflegebedürftigkeit je nach vereinbartem Tarif

- der Tariflinie „Compact“: auf die halben beantragten Leistungen, höchstens jedoch auf 75.000 Euro Todesfall-Leistung bzw. 6.000 Euro Jahresrente.
- der Tariflinie „Comfort“: auf die vollen beantragten Leistungen, höchstens jedoch auf 150.000 Euro Todesfall-Leistung bzw. 12.000 Euro Jahresrente.

Bei der fondsgebundenen Rentenversicherung besteht vorläufiger Versicherungsschutz nur für den Todesfallsschutz, der sich auf die Summe aller für die fondsgebundene Rentenversicherung zu zahlenden Beiträge (die Beitragssumme) bezieht. Ein beantragter Todesfallsschutz nur für tatsächlich gezahlte Beiträge oder nur für das jeweils erreichte Fondsguthaben wird beim vorläufigen Versicherungsschutz nicht berücksichtigt.

Bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erstreckt sich der vorläufige Versicherungsschutz hinsichtlich der Beitragsbefreiung für die fondsgebundene Rentenversicherung höchstens auf eine Summe aller zu zahlenden Beiträge (Beitragssumme) von 75.000 Euro.

Alle oben genannten Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind. Nicht unter den vorläufigen Versicherungsschutz fallen Leistungen aus der Überschussbeteiligung.

(2) Haben Sie den Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufsunfähigkeit / Pflegebedürftigkeit ein, so gilt:

- a) Eine Berufsunfähigkeitsrente zahlen wir nur, wenn uns die Berufsunfähigkeit / Pflegebedürftigkeit innerhalb von 3 Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.

b) Die Leistungen aus der Beitragsbefreiung erbringen wir nur, wenn die Hauptversicherung zustande gekommen ist und solange sie nicht weggefallen ist.

In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufsunfähigkeit spätestens mit dem Ablauf der für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragten Leistungsdauer.

#### § 2

##### Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

(1) Sofern nicht anderes vereinbart, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrages liegt;
- b) uns eine Ermächtigung zum Beitrageinzug erteilt worden ist;
- c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt;
- e) die zu versichernde Person bei Unterzeichnung des Antrages das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

#### § 3

##### Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Eingang Ihres Antrages bei unserer Hauptverwaltung. Der Eingang bei einem Vermittler genügt nicht.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
  - b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
  - c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
  - d) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben;
  - e) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
  - f) der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenen Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
- (3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

#### § 4

##### In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht ist – soweit nicht etwas anderes vereinbart ist – ausgeschlossen für Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor Unterzeichnung des Antrages Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

(3) Tritt das Ableben oder die Berufsunfähigkeit / Pflegebedürftigkeit der zu versichernden Person im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen ein, entfällt unsere Leistungspflicht, sofern die zu versichernde Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Unsere Leistungspflicht entfällt auch, wenn der Tod oder die Berufsunfähigkeit / Pflegebedürftigkeit in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen (sog. ABC-Waffen) oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen eingetreten ist.

**§ 5****Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?**

(1) Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrages. Bei Einmalbeitragsversicherungen wird der entsprechende Jahresbeitrag als Entgelt einbehalten.

(2) Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme und -rente gemäß § 1 Absatz 1.

(3) Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

**§ 6****Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?**

Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

**§ 7****Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?**

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen, die Zusatzbedingungen sowie die Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

## Wichtige Vereinbarungen, Erklärungen und Hinweise

### ○ BUZ für mitarbeitende Handwerksmeister bzw. selbstständige Gewerbetreibende

Zum Antrag auf Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erkläre ich, dass ich in meinem Beruf als

überwiegend kaufmännische und leitende und nicht überwiegend körperliche Tätigkeiten ausübe.

Ich beaufsichtige und leite \_\_\_\_\_ Mitarbeiter. Diese Tätigkeit wird auch bei einem Leistungsfall aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zugrunde gelegt.

### BUZ mit kürzerer Dauer als die Lebensversicherung

Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit wird Beitragsbefreiung für die Hauptversicherung nur bis zum Ablauf der Leistungsdauer gewährt. Danach ist die Beitragszahlung für den fortzuführenden Teil des Vertrages wieder aufzunehmen, auch wenn weiterhin Berufsunfähigkeit besteht.

### Betriebliche Altersversorgung

Für der Direktversicherung und der Rückdeckungsversicherung gelten folgende Überschussverwendungsarten als vereinbart, wenn nicht durch eine Besondere Vereinbarung davon abgewichen wird:

– **Risikoversicherung**

Überschussverwendungsart: Bonus

– **Rentensicherung und Kapitalversicherung**

Überschussverwendungsart	Vor Rentenbeginn	Nach Rentenbeginn
Rentenversicherungen	Zusatzrente	jährl. Rentenerhöhung
Kapitalversicherungen	Zuwachsversicherung	jährl. Rentenerhöhung

– **Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)**

Überschussverwendungsart	Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit	Nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit
Nur Beitragsbefreiung	Leistungserhöhung Bei Einmalbeitrag: Verzinsl. Ansammlung	Leistungserhöhung (zur Erhöhung der HV-Leistung)
Beitragsbefreiung und Rente	Leistungserhöhung Bei Einmalbeitrag: Verzinsl. Ansammlung	Jährliche Rentenerhöhung

– **Risiko-Zusatzversicherung (RZ)**

Überschussverwendungsart: Verzinsliche Ansammlung

– **Hinterbliebenen-Zusatzversicherung (HZ)**

Die Überschussverwendungsart richtet sich nach der Hauptversicherung

### Rückkaufswert / beitragsfreie Versicherungsleistung

Die Beiträge bei kapitalbildenden Lebensversicherungen mit laufender Beitragszahlung werden zunächst zur Deckung der Abschluss- und Vertriebskosten, der vorzeitigen Versicherungsfälle und der Verwaltungskosten gebraucht. Deshalb ist bei Kündigung bzw. Beitragsfreistellung in der ersten Zeit nur ein geringer Rückkaufswert bzw. eine geringe beitragsfreie Versicherungsleistung vorhanden. Der Berechnung des Rückkaufswertes und der beitragsfreien Versicherungsleistung legen wir gemäß den gesetzlichen Bestimmungen jedoch mindestens den Betrag zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung des wesentlichen Teils der Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Vertragsjahre ergibt. Gegebenenfalls wird ein in den Versicherungsbedingungen vereinbarter Abzug einbehalten. Über die Entwicklung des Rückkaufswertes und der beitragsfreien Versicherungsleistungen geben die in der Versicherungsnehmer-Information enthaltenen Tabellen Auskunft. Sie sind außerdem dem Versicherungsschein beigelegt. Bei Risikoversicherungen die gegen laufende Beitragszahlung vereinbart sind, wird kein Rückkaufswert gewährt.

### Kündigung

Eine bestehende Versicherung zum Zwecke des Neuabschlusses bei einer anderen Gesellschaft aufzugeben ist im allgemeinen unzumutbar und daher nicht erwünscht.

### Selbstverpflichtung (Gentest)

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen bei allen Arten von Lebensversicherungen erst ab Versicherungssummen von mehr als 300.000 Euro bzw. Jahresrente von mehr als 30.000 Euro offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Sämtliche beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen werden bei den genannten Summengrenzen berücksichtigt.

## Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person/en

### Überzahlung der Versicherungsleistung (gilt nur für die Tarife: 701 und 702)

Mir ist bekannt, dass in einigen Fällen Beiträge zu zahlen sind, die in ihrem Gesamtbetrag die versicherte Leistung übersteigen. Die Wahrscheinlichkeit der Überzahlung steigt, je älter die zu versichernde Person bei Abschluss des Vertrages ist. Diese mögliche Überzahlung wird durch die auf die Versicherung entfallenden Überschussanteile gemildert.

### Entbindung von der Schweigepflicht zur Beurteilung des Risikos und zur Prüfung der Leistungspflicht – Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten

#### **Bedeutung dieser Erklärung**

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Ebenso kann es zur Bewertung der Leistungspflicht oder bei einer Nachprüfung der Fortdauer einer bereits anerkannten Leistungspflicht, z.B. bei einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen und Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von personenbezogenen Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht.

#### **Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

Zum Zwecke der Risikobeurteilung befreie ich Ärzte, Pflegepersonen, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden gegenüber der Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort vor der Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe und die Kenntnis dieser personenbezogenen Gesundheitsdaten zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Zum Zwecke der Leistungsprüfung einschließlich einer Nachprüfung der Fortdauer einer bereits anerkannten Leistungspflicht, befreie ich ebenfalls die zuvor genannten Institutionen gegenüber der Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft von ihrer Schweigepflicht, sofern diese an Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen beteiligt waren bzw. in den zur Prüfung vorgelegten Unterlagen genannt wurden und die Kenntnis dieser Daten zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist. Die Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft wird mich vor jeder einzelnen Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Unabhängig davon kann ich jederzeit verlangen, dass eine Erhebung der Daten nur erfolgt, wenn von mir zuvor jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

**Sofern Sie die vorstehende Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben möchten, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Kästchen an:**

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben.

Ich wünsche, dass mich die Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde.

Die Entscheidung für diese Alternative kann Folgen für die Risiko-, Leistungs- und Nachprüfung haben.

Im Bereich der Risikoprüfung kann die Annahme des von mir beantragten Versicherungsvertrages verzögert oder sogar abgelehnt werden, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

Im Bereich der Leistungsprüfung bzw. der Nachprüfung der Fortdauer einer bereits anerkannten Leistungspflicht kann es zu einer Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder zur Leistungsfreiheit der Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft kommen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise prüfen lässt.

#### **Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Gesundheitsdaten**

Ich willige ein, dass die bei mir oder bei Dritten mittels einer Schweigepflichtentbindungserklärung erhobenen personenbezogenen Gesundheitsdaten über meine Person zum Zwecke der Risikobeurteilung, der Leistungsprüfung oder einer Nachprüfung über das Fortbestehen einer bereits anerkannten Leistungspflicht von der Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft verarbeitet und genutzt werden dürfen.

#### **Einwilligung zur Datenverarbeitung**

**Ich willige ein**, dass die Condor Lebensversicherungs-AG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

**Ich willige ferner ein**, dass die Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

## Sie beantragen Ihre Lebensversicherung bei der

**Condor Lebensversicherungs-AG**  
Admiralitätstraße 67 – 20459 Hamburg  
Postanschrift: 20452 Hamburg  
Telefon: (040) 3 61 39 – 0  
Telefax: (040) 3 61 39 – 100

**Sitz der Gesellschaft: Hamburg, Bundesrepublik  
Deutschland**  
Registergericht: Amtsgericht Hamburg – HRB 7763  
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Friedrich Caspers  
Vorstand: Frank-Henning Florian (Vors.), Heinz-Jürgen  
Kallerhoff, Hans-Christian Marschler, Claus Scharfenberg

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der

**Protektor Lebensversicherungs-AG,**  
Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin,  
[www.protektor-ag.de](http://www.protektor-ag.de)

errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Condor Lebensversicherungs-AG gehört dem Sicherungsfonds an.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsbudsmann e.V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Die Anschrift des Vereins lautet:  
Postfach 080632, 10006 Berlin,  
Telefon: (0800) 3 69 60 00\*; Telefax: (0800) 3 69 90 00\*

\* *kostenfrei aus Fest- und Mobilfunknetzen*

Die Anschrift der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – lautet:  
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn  
Telefon: (02 28) 41 08-0; Telefax: (02 28) 41 08-15 50

## Widerrufsbelehrung

### Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs.1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft,  
Admiralitätstraße 67 in 20459 Hamburg,  
Fax: (040) 36139 -100  
E-Mail: [kontakt@condor-versicherungsgruppe.de](mailto:kontakt@condor-versicherungsgruppe.de)

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat, um einen Betrag von

- 1/360 des jährlichen Beitrags
- 1/180 des halbjährlichen Beitrags
- 1/90 des vierteljährlichen Beitrags
- 1/30 des monatlichen Beitrags

Bei Zahlung eines Einmalbeitrages können Sie den Betrag, den wir für jeden Tag einbehalten dürfen, an dem Versicherungsschutz bestanden hat, anhand folgender Formel errechnen:

$$\frac{\text{Einmalbeitrag Ihrer Versicherung}}{\text{Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in Jahren} * 360}$$

Die mit Ihnen vereinbarte Zahlungsweise sowie die Höhe Ihres Beitrags können Sie der Ihnen zur Verfügung gestellten Versicherungsnehmer-Information entnehmen. Den Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

### Besondere Hinweise

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

### Unterrichtung über Widerrufsrecht gegen Datennutzung für Werbung oder Markt- und Meinungsforschung:

Sie können der Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.