

# Pflegerentenversicherung mit 5 Jahren Wartezeit

**Antrag auf Abschluss einer Versicherung**

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

ALTE LEIPZIGER  
Lebensversicherung a.G.



Einmalbeitrag, monatliche Pflegerente in Pflegestufe III höchstens 1.000 EUR, Leistungsstufen höchstens 0 %/50 %/100 %, keine Ausbaugarantie

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

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

Titel, Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit  deutsch oder \_\_\_\_\_ derzeit ausübter Beruf/Branche \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber\* \_\_\_\_\_ Fax/E-Mail\* \_\_\_\_\_

**Erklärung nach dem Geldwäschegesetz (Bitte immer ausfüllen!)**

**I. Zu welchem Zweck wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen (Mehrfachnennungen möglich)?**

Pflegeabsicherung  anderer Zweck \_\_\_\_\_

**II. Identifizierung des Versicherungsnehmers (nicht erforderlich bei Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats für ein deutsches Konto des VN, weiter bei III.)**

Ist der VN eine natürliche Person?  ja  nein (Druckstück pav 025 Abschnitt I ausfüllen und weiter bei III.)

Personalausweis  Reisepass  Kopie – Vorder- und Rückseite – ist beigefügt (weiter bei III.) gültig bis \_\_\_\_\_

ausstellende Behörde, Ort \_\_\_\_\_ Ausweis-Nr. \_\_\_\_\_

**III. Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten (Erläuterung siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.4.)**

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 Abschnitt II ausfüllen und weiter bei IV.)

Titel, Vorname, Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit  deutsch oder \_\_\_\_\_

**IV. Feststellung von politisch exponierten Personen (Erläuterung siehe Erklärungen und Hinweise Ziffer II.5.)**

Handelt es sich bei dem Versicherungsnehmer, bei dem etwaigen wirtschaftlich Berechtigten oder dem etwaigen Bezugsberechtigten um eine politisch exponierte Person?  
 ja (Druckstück scp 515 für die betreffende Person ausfüllen)  nein

**Versicherter (VT)**  Herr  Frau \* freiwillige Angabe

Titel, Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit  deutsch oder \_\_\_\_\_ derzeit ausübter Beruf/Branche \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber\* \_\_\_\_\_ Fax/E-Mail\* \_\_\_\_\_

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

**SEPA-Lastschriftmandat**

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 (deutsche IBAN 22 Stellen) oder deutsche Konto-Nr. (kein Sparkonto) \_\_\_\_\_ BIC oder deutsche BLZ des Kreditinstituts \_\_\_\_\_

Name und Ort des Kreditinstituts \_\_\_\_\_

Vorname, Name, Anschrift Kontoinhaber, wenn nicht VN \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_

**Bezugsrecht** Bezugsberechtigt ist im Versicherungsfall für Versicherungsleistungen einschließlich Überschüsse:

bei Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> der Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> der Versicherte <input type="checkbox"/> der namentlich bezeichnete Empfänger, Geburtsdatum _____	bei Tod des Versicherten <input type="checkbox"/> der Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner des Versicherten zum Zeitpunkt seines Todes <input type="checkbox"/> der namentlich bezeichnete Empfänger, 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 Rückkaufwertes.

**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)
------------	--	--

**Angaben zur Risikobeurteilung des Versicherten (VT)**

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Zur Erleichterung der Beantwortung der Fragen haben wir in Klammern Erläuterungen aufgeführt, die nicht abschließend sind. Die Gesellschaft kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen (siehe Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung). Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzureichen.

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

Wenn Sie die Frage 1 mit »ja« beantworten, ist eine Erläuterung erforderlich.

Wenn Sie eine der Fragen 2 bis 5 mit »ja« beantworten ist eine vollständige Risikoprüfung anhand der Gesundheitserklärung A (Druckstück scp 022) erforderlich.

Größe \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

1. Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Umgang mit explosiven, radioaktiven oder anderen gefährlichen Stoffen, Wettfahrten, Motorsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Wassersport, Tauchsport, Kampfsport, Bergsport, Klettersport, Pferdesport, Radsport, Fun-/Extremsport)? Bitte ggf. entsprechenden Fragebogen beifügen.  
 nein     ja, welchen \_\_\_\_\_
2. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge auf private Pflege(-Zusatz)versicherungen mit erschwerten Bedingungen beurteilt, angenommen (z.B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse), zurückgestellt oder abgelehnt?  nein     ja
3. Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (auch anerkannter Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], Grad der Schädigungsfolgen [GdS] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB])?  nein     ja
4. Benötigen Sie Hilfe durch andere Personen oder Unterstützung durch Hilfsmittel beim Gehen oder Treppensteigen, beim Einnehmen von Mahlzeiten oder Getränken, beim Waschen, Duschen oder Baden, beim An- oder Auskleiden, beim Verrichten der Notdurft, beim Aufstehen (z.B. aus dem Bett, von einem Stuhl oder Sessel) oder Zubettgehen, beim Fortbewegen im Zimmer, in der Wohnung oder im Haus oder beim Verlassen des Hauses?  nein     ja
5. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden, wie Parkinson, Alzheimer, Demenz, Multiple Sklerose, Epilepsie, Herzinfarkt, Herzfehler (auch angeborene), Schlaganfall, Depression, Selbsttötungsversuch, Angst- oder Zwangsstörung, Morbus Bechterew, Arthrose (Gelenkabnutzung), Osteoporose, Rheuma, Lähmungen, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Krebserkrankung (bösartiger Tumor, Leukämie, Lymphom), eingeschränkte Nierenfunktion, Nierenversagen, Dialysebehandlung, chronische Darmentzündung?  nein     ja

## 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.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der ALTE LEIPZIGER unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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 einer anderen Gesellschaft im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern oder einer anderen Stelle. Werden hierbei bei 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-leipzig.de/dienstleisterliste.pdf](http://www.alte-leipzig.de/dienstleisterliste.pdf) eingesehen oder bei dem Betrieblichen Datenschutzbeauftragten der ALTE LEIPZIGER (Anschrift: Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel, Telefon: 06171 66-3927, E-Mail: [datenschutz@alte-leipzig.de](mailto:datenschutz@alte-leipzig.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 des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzerns 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 übermittle 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)
------------	--	--



**Besondere Vereinbarungen**

**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.

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 des Versicherungsnehmers und des Versicherten sowie besondere Hinweise“. Diese Erklärungen und Hinweise sind wichtiger Bestandteil Ihres Antrags bzw. Ihrer Angebotsanforderung und enthalten insbesondere die **Erklärung zum Datenschutz** sowie zum Versichererwechsel (bei Tod des Versicherungsnehmers wird der Versicherte neuer Versicherungsnehmer). Dort finden Sie unter anderem Hinweise zum Widerrufsrecht (Ziffer I.2.), zum vorläufigen Versicherungsschutz (Ziffer I.3.), zur Nachversicherungsgarantie (Ziffer I.5.) und zu den Vertragsgrundlagen (Ziffer II.2.). Sie machen mit Ihren Unterschriften die Erklärungen und Hinweise zum Inhalt dieses Antrags bzw. dieser Angebotsanforderung. Sie stimmen zu, dass der Versicherungsschutz zu Ihrem Vertrag bereits vor Ende der Widerrufsfrist beginnt, sofern der Versicherungsbeginn vor dem Ende dieser Frist liegt. Eine Durchschrift/Kopie wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

**Erklärung des Vermittlers**

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

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

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer (bei Minderjährigen: gesetzliche Vertreter)	Unterschrift Versicherter und ggf. Mitversicherer (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)	Unterschrift Vermittler ggf. Firmenstempel
------------	--	--	--



# Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten sowie besondere Hinweise

## I. Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten

### 1. Erklärung zum Datenschutz

#### A. Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die ALTE LEIPZIGER ist dem vom Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) in enger Abstimmung mit den Datenschutzaufsichtsbehörden und dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) entwickelten »Code of Conduct« beigetreten. Die beigetretenen Unternehmen verpflichten sich darin, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter [www.alte-leipziger.de/code-of-conduct.pdf](http://www.alte-leipziger.de/code-of-conduct.pdf) abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie eine Liste der Unternehmen unseres Konzerns, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen ([www.alte-leipziger.de/dienstleisterliste.pdf](http://www.alte-leipziger.de/dienstleisterliste.pdf)). Die zurzeit gültige Liste ist dem Antrag als Anlage beigefügt. Auf Wunsch senden wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Liste oder der Verhaltensregeln per Post.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie beim Betrieblichen Datenschutzbeauftragten der ALTE LEIPZIGER (Anschrift: Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel, Telefon: 06171 66-3927, E-Mail: [datschutz@alte-leipziger.de](mailto:datschutz@alte-leipziger.de)) geltend machen.

#### B. Einwilligung in die Verwendung allgemeiner personenbezogener Daten

Für die in der nachfolgenden Erklärung genannten Tätigkeiten benötigen wir Ihre individuelle Einwilligung.

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten (z.B. Alter oder Adresse) unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die ALTE LEIPZIGER selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern oder eine Auskunft (z. B. Arvato Infoscore, Creditreform, SCHUFA).
- zur Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die ALTE LEIPZIGER oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

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

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzerns sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

### 2. Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

#### Widerrufsbelehrung

##### Widerrufsrecht

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

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die:

ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel, Telefax 06171 24434, E-Mail: [leben@alte-leipziger.de](mailto:leben@alte-leipziger.de).

##### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich beispielsweise um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bzw. 1/30 des Monatsbeitrags multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des Beitrags entnehmen Sie bitte den Vertragsunterlagen. Den gegebenenfalls vorhandenen Rückkaufswert 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

##### Besondere Hinweise

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

##### Ende der Widerrufsbelehrung

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

Der vorläufige Versicherungsschutz wird gemäß den Bedingungen für den VVS mit beantragt, sofern die 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.

### 4. Versicherungsnehmerwechsel

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

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

### 5. Erklärung zur Nachversicherungsgarantie (Anzeigepflichtverletzung)

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

## II. Besondere Hinweise

### 1. Unverbindliche Anforderung eines Angebotes

Wenn Sie bei uns unverbindlich ein Angebot anfordern, sind Sie noch nicht vertraglich gebunden. Sie erhalten von uns zunächst ein Angebot (erstellt auf der Grundlage Ihrer Angaben in diesem Formular, etwaiger Anlagen sowie weiterer Informationen, die Sie uns bei Bedarf geben), dem alle Informationen, Bedingungen usw. beigefügt sind. Anschließend können Sie frei entscheiden, ob Sie unser Angebot annehmen oder nicht. Nehmen Sie unser Angebot nicht an, entstehen für Sie weder Kosten noch Verpflichtungen. Nehmen Sie unser Angebot durch eine ausdrückliche schriftliche Annahmeerklärung an, kommt der Versicherungsvertrag zustande. Von einer 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, die Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz und unsere Satzung; ggf. auch Zusatzbestimmungen und Besondere Vereinbarungen. Diese erhalten Sie vor Antragstellung bzw. bei einer Angebotsanforderung zusammen mit dem Angebot.

### 3. Ausschluss der Ausbaugarantie

Die Ausbaugarantie ist für die hier beantragte Pflegerentenversicherung mit Wartezeit ausgeschlossen.

### 4. Wirtschaftlich Berechtigter

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

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

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

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

#### 5. Politisch exponierte Personen

Nach dem Geldwäschegesetz muss der Versicherer auch feststellen, ob es sich beim Versicherungsnehmer, einem etwaigen wirtschaftlich Berechtigten oder einem etwaigen Bezugsberechtigten um eine politisch exponierte Person handelt. Zu diesem Personenkreis gehören insbesondere Inhaber öffentlicher Ämter auf Staatsebene (z.B. als Staatsoberhaupt, Minister, stellvertretender Minister, Staatssekretär, sonstiges Regierungsmitglied, Mitglied des Parlaments oder des Senats), Mitglieder eines wichtigen staatlichen Organs (z.B. einer obersten Behörde, eines obersten Gerichts, eines obersten Rechnungshofes, einer Zentralbank) oder Inhaber sonstiger wichtiger öffentlicher Ämter auf nationaler Ebene, Gemeinschaftsebene oder internationaler Ebene (z.B. als Botschafter, Geschäftsträger, hochrangiger Offizier, Mitglied in Verwaltungs-, Leitungs- oder Aufsichtsorganen staatlicher Unternehmen). Nach dem Gesetz fallen unter den Begriff einer „politisch exponierten Person“ auch bestimmte Familienmitglieder (Partner, Ehepartner, Kind oder Elternteil einer politisch exponierten Person) und die ihr nahestehenden Personen (im Sinne einer Geschäftsbeziehung, z.B. als gemeinsamer Eigentümer einer Rechtsperson). Sofern der Versicherungsnehmer, wirtschaftlich Berechtigte oder Bezugsberechtigte zu diesem Personenkreis gehört, ist für die betreffende Person das Druckstück scp 515 auszufüllen.

#### 6. Besondere Vereinbarungen und Gebühren

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

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

#### 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.

#### 8. 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.

#### 9. 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)

#### 10. Gesetzlicher Sicherungsfonds

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

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: Wolfgang Stertenbrink  
Vorstand: Dr. Walter Botermann (Vors.), Christoph Bohn, Frank Kettmaker, Reinhard Kunz, Wiltrud Pekarek, Martin Rohm  
Sitz Oberursel (Taunus) · Rechtsform Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit · Amtsgericht Bad Homburg v.d.H. HRB 1583 · St.-Nr. 045 223 00421 (USG)  
Beiträge zu Lebensversicherungen unterliegen nicht der Versicherungsteuer (§ 4 Nr. 5 VersStG)