



ALTE LEIPZIGER

ZUKUNFT BEGINNT HEUTE.

VORSORGE

PRIVAT

- › Lebensversicherung
- › Rentenversicherung inkl. Basisrentenversicherung
- › Risikoversicherung
- › Berufsunfähigkeitsversicherung

**Antrag für eine
sichere Zukunft.**

Antrag

Nachversicherung (nicht möglich bei Berufsunfähigkeit)
 zur Vers.-Nr. _____
 Ereignis _____

ALTE LEIPZIGER
 Lebensversicherung a.G.



VD	Vermittler	Verbund-Vermittler-Nr.	—	Versicherungsschein an	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> Vermittler
----	------------	------------------------	---	------------------------	--	-------------------------------------

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

Titel, Vorname, Name _____
 Straße, Nr. _____
 PLZ, Ort _____ verheiratet ja nein
 Geburtsdatum, -name, -ort _____
 Telefon tagsüber* _____ Fax/E-Mail* _____
 ausgeübter Beruf/Branche _____ AL-Berufsgruppe _____
 Berufsstellung: selbständig angestellt überwiegend körperlich tätig: ja nein Staatsangehörigkeit deutsch oder _____

Erklärung nach dem Geldwäschebekämpfungsgesetz (Bitte immer ausfüllen!)

Der Versicherungsnehmer handelt für eigene Rechnung Rechnung eines Dritten (Vorname, Name, Anschrift) _____

Identifizierung des Versicherungsnehmers durch einen gültigen:
 Personalausweis Reisepass Kopie - Vorder- und Rückseite mit Bestätigung der Echtheit - ist beigelegt (nicht weiter ausfüllen) gültig bis _____
 ausstellende Behörde, Ort _____ Ausweis-Nr. _____
 Zusätzliche Angabe von Vorname, Name und - soweit im Ausweis vorhanden - Anschrift, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit, wenn diese Ausweisdaten von den Daten im Abschnitt Versicherungsnehmer abweichen bzw. fehlen: _____

Versicherter (VT) **Mitversicherter (MV)** bei verbundene Leben Herr Frau * freiwillige Angabe

Titel, Vorname, Name _____
 Straße, Nr. _____
 PLZ, Ort _____ verheiratet ja nein
 Geburtsdatum, -name, -ort _____
 Telefon tagsüber* _____ Fax/E-Mail* _____
 ausgeübter Beruf/Branche _____ AL-Berufsgruppe _____
 Berufsstellung: selbständig angestellt überwiegend körperlich tätig: ja nein Staatsangehörigkeit deutsch oder _____

Mitversicherter (MV) bei Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung Herr Frau

Titel, Vorname, Name _____
 Geburtsdatum, -name _____

Technische Daten verbundene Leben siehe Anlage zum Antrag vom _____

<input type="checkbox"/> kapitalbildende Lebensversicherung	Tarif	Beitragszahlungsdauer	Erlebensfallsumme	EUR
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung	Beginn (12 Uhr) 0 1	Versicherungsdauer (inkl. Flex.-Phase)/ Aufschubzeit	Todesfallsumme (konstant)	EUR
<input type="checkbox"/> Risikoversicherung	Eintritts-alter	Dauer der Flex.-Phase	garantierte monatliche Altersrente	EUR
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung (BV)	BUZ:	Mindest-laufzeit	monatliche BU-Rente	EUR
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)	<input type="checkbox"/> nur Beitragsbefreiung	BV/BUZ: Versicherungs-/ Leistungsdauer		

Überschussverwendung

kapitalbildende Lebensversicherung: erlebensfallbetonter Summenzuwachs oder <input type="checkbox"/> Investmentfonds	Rentenversicherung: vor Rentenbeginn: Rentenzuwachs oder <input type="checkbox"/> Investmentfonds nach Rentenbeginn: Rentenzuwachs oder <input type="checkbox"/> Bonusrente <input type="checkbox"/> wachsende Bonusrente mit _____ % <input type="checkbox"/> Bardividende	Risikoversicherung: Beitragsverrechnung oder <input type="checkbox"/> Investmentfonds	Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherung: vor Eintritt der BU: Beitragsverrechnung oder <input type="checkbox"/> Einrechnung in die Hauptversicherung <input type="checkbox"/> Investmentfonds
--	--	---	--

Name des Investmentfonds: _____

Dynamik (für Hauptversicherung und BUZ)
 Modus P 5% (wenn tariflich möglich); Modus GL bei Rückdeckungsversicherung; keine Dynamik bei Direktversicherung oder anderer Modus _____
 beitragsfreie Dynamik bei Berufsunfähigkeit (nicht bei Risikoversicherung oder verbundene Leben) keine Dynamik

Beitragszahlung

Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> einmalig	Beitrag		zu zahlender Beitrag**	** Der zu zahlende Beitrag ist der um Überschüsse verminderte Beitrag (Beitragsverrechnung). Er kann nicht garantiert werden und gilt, solange die derzeit erklärten Überschussanteile unverändert bleiben.
	Hauptversicherung	EUR	EUR	
	BUZ	EUR	EUR	
	Gesamtbeitrag	EUR	EUR	

Einzugsermächtigung Die ALTE LEIPZIGER Leben ist bis auf Widerruf berechtigt, die Beiträge bei Fälligkeit von folgendem Konto abzubuchen: Konto für die fällige Rente

Konto-Nr. (kein Sparkonto)	Bankleitzahl	Vorname, Name, Anschrift Kontoinhaber, wenn nicht VN
Name und Ort des Geldinstituts	Unterschrift Kontoinhaber, wenn nicht VN	

Original für ALTE LEIPZIGER



pav II - 01.2005

Bezugsberechtigter (nicht bei Direktversicherung) Bezugsberechtigter ist im Versicherungsfall für Versicherungsleistungen einschließlich Überschüsse:

bei Ablauf der Versicherung bzw. Rentenbeginn und bei Berufsunfähigkeit

- der Versicherungsnehmer
- der Versicherte
- der namentlich bezeichnete Empfänger, Geburtsdatum _____

bei Tod des Versicherten der Mitversicherte

- der Versicherungsnehmer, bzw. bei verbundene Leben der überlebende Versicherte
- der Ehegatte, mit dem der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes verheiratet war
- der namentlich bezeichnete Empfänger, Geburtsdatum _____

Betriebliche Altersversorgung Direktversicherung (Zusatzantrag ausfüllen) Rückdeckungsversicherung Eintritt in die Firma _____

Besondere Vereinbarungen

Angaben zur Risikobeurteilung des Versicherten (VT)

des Mitversicherten (MV) bei verbundene Leben – 2. Antrag verwenden

Besondere Gefahren und Versicherungsanträge bei anderen Gesellschaften

1. Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit explosiven, radioaktiven oder anderen gefährlichen Stoffen, Wettfahrten, Flugsport, Paragliding, Fallschirmspringen, Rafting, Tauchsport)?

- nein ja, welchen _____

2. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt von mehr als 3 Monaten außerhalb Europas?

- nein ja, wo, wann, wie lange _____

3.1 Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits- bzw. Pflegeversicherungen oder sind solche beantragt?

- nein ja

3.2 Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge zu erschwerten Bedingungen angenommen (z. B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse), zurückgestellt oder abgelehnt?

- nein ja

Einzelheiten zu 3.1 und 3.2 (Art der Versicherung, Gesellschaft, Höhe und Erschwerung) _____

Zusätzliche Fragen bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente – einschließlich bestehender Anwartschaften – von mehr als 30.000 EUR

1. Haben Sie für den Fall der Berufs- oder Dienstunfähigkeit Renten zu erwarten (ohne gesetzliche Rente)?

- nein ja, wie hoch, woher (z. B. betriebl. Altersversorgung, Versorgungswerke) _____

2. Wie viel Prozent Ihres Bruttoeinkommens (bei Selbständigen: Gewinn vor Steuern) gemessen am Durchschnitt der letzten 3 Jahre betragen diese Renten inkl. der neu beantragten Rente? _____ %

Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Die Gesellschaft kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern.

Erklärungen zum Gesundheitszustand

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich nachzureichen. Evtl. durchgeführte prädiaktive Gentests müssen hier nicht angegeben werden (Erläuterungen siehe Rückseite Ziffer II.2.).

Antrag ohne ärztliche Untersuchung mit ärztlicher Untersuchung veranlasst am _____

Zeitlich befristete Fragen

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallsfolgen oder körperliche Schäden

1.1 der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhleninfektion, Heuschnupfen, Kehlkopferkrankung)? nein ja

1.2 des Herzens oder der Kreislauforgane (auch Bluthochdruck, Krampfadern, Thrombose, Brustschmerzen)? nein ja

1.3 der Nieren, der Harnwege oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen)? nein ja

1.4 der Verdauungsorgane (auch Bauchspeicheldrüsen-, Gallenblasen-, Lebererkrankung, Magenschmerzen)? nein ja

1.5 des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Harnsäureerhöhung)? nein ja

1.6.1 der Augen? Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit nein ja

Dioptrien links _____ rechts _____

1.6.2 andere Augenerkrankungen (auch Netzhautablösung)? nein ja

1.7 der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche)? nein ja

1.8 des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen)? nein ja

1.9 der Knochen, Gelenke und Muskeln (auch Meniskussschaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen)? nein ja

1.10 der Haut (auch Allergie)? nein ja

1.11 der Drüsen (auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes? nein ja

1.12 des Gehirns (auch Migräne, häufige Kopfschmerzen), der Nerven (auch Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose) oder der Psyche (auch Angstzustände)? nein ja

1.13 Infektionskrankheiten (länger als 1 Monat)? nein ja

1.14 Tumore (auch gutartige) oder Krebserkrankungen? nein ja

2. Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Selbsttötungsversuch unternommen? nein ja

3. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente ein (d. h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Medikament; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? nein ja

4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen zu sich genommen? nein ja

5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Alkohol zu sich (d. h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)? nein ja

6. Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Heilpraktikern oder Psychologen untersucht, beraten oder behandelt worden (auch Operationen, Strahlen-, Chemotherapie)? nein ja

7. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie)? nein ja

Zeitlich unbefristete Fragen

8. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt? nein ja

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand

9. Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen? nein ja

10. Wie groß und schwer sind Sie? _____ cm _____ kg

Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)? (Falls nicht zutreffend, bitte »keiner« eintragen.) _____

Geben Sie hier bitte Einzelheiten zu den Fragen an, die mit »ja« beantwortet sind.

ergänzende Angaben siehe Zusatzblatt

Frage Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikamenten Wann? Wie lange? Wie häufig? Geheilt? Folgen? Arzt, Behandler, Krankenhaus (Name, Anschrift)?

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Gesundheitserklärung bei Nachversicherung ohne Ereignis

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich bis zum heutigen Tage weder einen Herzinfarkt erlitten habe, noch mit HIV infiziert (positiver HIV-Test) oder an einem Krebsleiden erkrankt bin.

Wichtige Hinweise

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten sowie die besonderen Hinweise. Diese Erklärungen und Hinweise sind wichtiger Bestandteil Ihres Antrags und enthalten insbesondere Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung sowie zum Versichererwechsel (bei Tod des Versicherungsnehmers wird der Versicherte neuer Versicherungsnehmer). Auf der Rückseite finden Sie unter anderem Hinweise zum Widerspruchsrecht (Ziffer I. 4.), zum vorläufigen Versicherungsschutz (Ziffer I. 5.) und zu den Vertragsgrundlagen (Ziffer II. 1.). Sie machen mit Ihren Unterschriften die Erklärungen und Hinweise zum Inhalt dieses Antrags. Eine Durchschrift/Kopie des Antrags wird Ihnen sofort nach Antragsunterzeichnung ausgehändigt.

Ort, Datum _____ Unterschrift Versicherungsnehmer ggf. Firmenstempel (bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter) _____ Unterschrift Versicherter und ggf. Mitversicherter _____ Stempel, Unterschrift Vermittler _____

Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten sowie besondere Hinweise

I. Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten

1. Verantwortlichkeit für die Angaben im Antrag

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

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

2. Datenschutz

Ich willige ein, dass die Gesellschaft 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/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., Berlin, und den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln, zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Gesellschaften des Verbund ALTE LEIPZIGER-HALLESCHE, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Gesellschaft und der Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir vor Vertragsabschluss mit diesem Antrag überlassen wird.

3. Ermächtigungen

Ich ermächtige die Gesellschaft, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben, alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder zur Pflege war oder sein werde sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten drei Jahre nach der Antragsannahme.

Die Gesellschaft darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen, die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen.

Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, darf die Gesellschaft die in Absatz 1 Satz 1 dieser Ziffer genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben sowie die Be-

hörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

4. Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers

Ich erhalte von der Gesellschaft alle Verbraucherinformationen spätestens mit dem Versicherungsschein – auf Wunsch auch früher – und kann dem Versicherungsvertrag widersprechen. Der Widerspruch muss schriftlich erfolgen; die Widerspruchsfrist beginnt am Tag der Antragstellung und endet 30 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen, der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformationen, die dem Versicherungsschein beiliegen und schriftlicher Belehrung über das Widerspruchsrecht. Sind diese Unterlagen nicht vollständig, fehlt die schriftliche Belehrung oder ist sie unvollständig, so erlischt das Recht zum Widerspruch 1 Jahr nach Zahlung des ersten oder des einmaligen Beitrags. Zur Wahrung der beiden hier genannten Fristen genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs an die Gesellschaft.

Auf dieses Widerspruchsrecht werde ich bei Übersendung des Versicherungsscheins nochmals ausdrücklich hingewiesen. Sofern ich nicht rechtzeitig Widerspruch einlege, gilt der Versicherungsvertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformationen als abgeschlossen.

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

Der vorläufige Versicherungsschutz wird gemäß den Bedingungen für den VVS mitbeantragt, sofern die Einzugsermächtigung erteilt oder der Einlösungsbeitrag gezahlt wurde. Die Höchstgrenzen der Leistungen sowie Beginn und Ende meines VVS ergeben sich aus diesen Bedingungen. Ich verzichte für den VVS auf die vollständigen Verbraucherinformationen, Versicherungsbedingungen und weiteren Vertragsunterlagen (Ziffer II. 1).

6. Versicherungsnehmerwechsel

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

Diese Erklärung gilt nur für sog. Fremdversicherungen, also wenn Versicherungsnehmer und Versicherter verschiedene Personen sind. Sie gilt nicht,

- wenn der Versicherte im Zeitpunkt des Todes des Versicherungsnehmers noch minderjährig ist oder
- wenn die Versicherung vom Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) im Rahmen des Betriebsrentengesetzes aus Anlass eines Arbeitsverhältnisses mit dem Arbeitnehmer (Versicherten) als Direktversicherung oder Rückdeckungsversicherung abgeschlossen worden ist.

II. Besondere Hinweise

1. Vertragsgrundlagen

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Ferner gelten für Ihre Versicherung(en) – außer diesem

Antrag – die Allgemeinen Bedingungen, die Tarifbestimmungen, die Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz, das Merkblatt zur Datenverarbeitung und unsere Satzung; ggf. auch die Zusatzbedingungen für die Dynamik, die Zusatzbedingungen für die Überschussverwendungsart »Investmentfonds« und die Bedingungen für die Zusatzversicherungen. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung ist hier abgedruckt. Die anderen Unterlagen werden Ihnen spätestens mit dem Versicherungsschein – auf Wunsch auch früher – übersandt.

2. Prädiktiver Gestent – freiwillige Selbstverpflichtung

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gestents abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gestents müssen bei allen Arten von Lebensversicherungen erst ab einer Versicherungssumme von 250.000 EUR bzw. Jahresrente von 30.000 EUR offen gelegt werden. Unter einem »prädiktiven Gestent« 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.

3. Kündigung und Beitragsfreistellung

Einzelheiten zur Kündigung (Rückkauf) und zur Beitragsfreistellung (Ruhe des Vertrags) entnehmen Sie bitte den in Ziffer 1. genannten Vertragsgrundlagen. Über die Entwicklung der garantierten Werte (Rückkaufwert und beitragsfreie Versicherungssumme bzw. Rente) gibt eine Tabelle im Versicherungsschein Auskunft.

4. Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussanteile kann für die Zukunft nicht garantiert werden.

Nähere Einzelheiten entnehmen Sie den unter Ziffer 1. genannten Vertragsgrundlagen.

5. Versicherungen für Kinder unter 7 Jahren

Für sog. Kinderversicherungen gilt folgende Besonderheit: Bei Abschluss von Todesfällensumme über 8.000 EUR werden bei Tod vor Vollendung des 7. Lebensjahres für den Teil der Todesfallsumme, der 8.000 EUR übersteigt, nur die entrichteten Beiträge erstattet. Der Versicherungsschein enthält einen entsprechenden Hinweis.

6. 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 unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

7. Beschwerdestellen

Sollten Sie einmal Grund zur Beschwerde haben, wenden Sie sich bitte an die Direktion der

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. Sie müssen die Beschwerde innerhalb von acht Wochen einreichen. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

Telefon (018 04) 22 44 24, Telefax (018 04) 22 44 25

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

ALTE LEIPZIGER

Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

Alte Leipziger-Platz 1 · 61440 Oberursel

Bundesrepublik Deutschland

Telefon (0 61 71) 66-00 · Telefax (0 61 71) 2 44 34

www.alte-leipziger.de · E-Mail: service@alte-leipziger.de

Bankkonto:

ING BHF-BANK AG Frankfurt am Main (BLZ 500 202 00) 51797

Postbank Frankfurt am Main (BLZ 500 100 60) 615 57-600.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

(Stand: Mai 2004)

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Antrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Vertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Vertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) und beim Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiel Lebensversicherung: Aufnahme von Sonder Risiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung.

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge. Zweck: Risikoprüfung.

5. Datenverarbeitung inner- und außerhalb des Verbund ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien, werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um Ihnen einen umfassenden Versicherungsschutz und andere Finanzdienstleistungen anbieten zu können, arbeiten unsere Unternehmen im Verbund ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen des Verbundes abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen im Verbund ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER abfragbar. Auf diese

Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen im Verbund ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von »Datenübermittlung«, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserem Verbund gehören zurzeit folgende im Versicherungs- und Finanzdienstleistungsbereich tätige Unternehmen an:

- ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a. G.,
- HALLESCHER Krankenversicherung a. G.,
- ALTE LEIPZIGER Versicherung AG,
- RECHTSSCHUTZ UNION Versicherungs-AG,
- ALTE LEIPZIGER Trust Investment-Gesellschaft mbH,
- ALTE LEIPZIGER Bauspar AG,
- ALTE LEIPZIGER Pensionsmanagement GmbH,
- ZENITH Pensionskasse AG,
- ZENITH Pensionsfonds AG.

6. Betreuung durch Vermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unseres Unternehmensverbundes werden Sie durch einen Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie ggf. Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Der Vermittler verarbeitet und nutzt selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch wird er von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.