

## Antrag

---

- Lebensversicherung
- Rentenversicherung
- Risikoversicherung
- Berufsunfähigkeitsversicherung

Antrag

**Versicherungsträger:**  
DBV-Winterthur Lebensversicherung AG  
Frankfurter Straße 50, 65170 Wiesbaden  
Telefon: 0 18 03-20 21 46\*  
Telefax: 0 18 03-20 21 47\*

\* 9 Cent/Minute

Sitz der Gesellschaft: Wiesbaden  
Registergericht: AG Wiesbaden – HRB 7501 –

Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Herbert Falk

Vorstand: Dr. Frank Keuper (Vors.)  
Wolfgang Hanssmann, Hans-Joachim Krauß,  
Thomas Leicht, Anette Rosenzweig,  
Dr. Andreas Schaaf, Dr. Paul Verhoeven,  
Dr. Jan Martin Wicke

Name des Vermittlers  
 \_\_\_\_\_

**Interne Angaben**

**Neuantrag**      Versicherungsnummer \_\_\_\_\_      Versand  an VN      KGR \_\_\_\_\_      GD/VD Vermittlernummer 1 \_\_\_\_\_      Vermittlernummer 2 \_\_\_\_\_      Motiv \_\_\_\_\_

**Änderungsantrag**      \_\_\_\_\_       über GD/VD      \_\_\_\_\_

über Vermittler      \_\_\_\_\_

GSG \_\_\_\_\_      ZUW \_\_\_\_\_      Fremdvermittlernummer \_\_\_\_\_      Externe Vertragsreferenz 1 \_\_\_\_\_      Externe Vertragsreferenz 2 \_\_\_\_\_

PV       AF      \_\_\_\_\_

OD       GM      \_\_\_\_\_

Sind Sie/Ihr Haushalt bereits Kunde       nein       ja, selbst      falls ja: Vers.-Nr./Kart.-Nr. \_\_\_\_\_

ja, andere Haushaltsmitglieder      \_\_\_\_\_

Sie können diesen Antrag verwenden als Neuantrag oder Änderungsantrag. Wenn Sie nicht aus unserem Angebotsprogramm WinAs den kompletten Ausdruck eines Neuantrags vornehmen lassen möchten, können Sie dieses Druckstück – als „Mantel“ für eine aus unserem Angebotsprogramm WinAs gedruckte Technikseite oder – als „Mantel“ für eine oder mehrere Papier-Technikseiten (Druckstücknr. 811201-811206) verwenden.

**A 1. Antrag stellende Person**  
 (Vers.-Nehmer)

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel \_\_\_\_\_      Geburtsdatum \_\_\_\_\_      Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Frau      \_\_\_\_\_

Herr      \_\_\_\_\_

derzeit ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_       angestellt       selbstständig      Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_      Telefon, Telefax/beruflich\* \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_      Telefon, Telefax/privat\* \_\_\_\_\_

**2. Zu versichernde Person**  
 (nur ausfüllen, wenn andere Person als A 1.)

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel \_\_\_\_\_      Geburtsdatum \_\_\_\_\_      Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Frau      \_\_\_\_\_

Herr      \_\_\_\_\_

derzeit ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_       angestellt       selbstständig      Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_      Telefon, Telefax/beruflich\* \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_      Telefon, Telefax/privat\* \_\_\_\_\_

**3. Mitzuversichernde Person**

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname \_\_\_\_\_      Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Frau      \_\_\_\_\_

Herr      \_\_\_\_\_

derzeit ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_       angestellt       selbstständig      Telefon, Telefax/beruflich\* \_\_\_\_\_

**B. Art, Umfang der Versicherung:**

Bitte fügen Sie ausgefüllt und unterschrieben bei

– entsprechende Technikseite(n) aus dem Angebots- und Antragsprogramm WinAs      Anzahl der beigefügten WinAs-Technikseiten \_\_\_\_\_

oder

– entsprechende Papier-Technikseite(n) und, wenn möglich, zugehöriges WinAs-Angebot.      Anzahl der beigefügten Papier-Technikseiten \_\_\_\_\_

**C. Inkasso**

**Einzugsermächtigung**       Einbehalt       Beitragsüberweisung

Konto-Nr./Personal-Nr. \_\_\_\_\_      Bankleitzahl \_\_\_\_\_      Geldinstitut/Firma/Beschäftigungsstelle/Postamt \_\_\_\_\_

Wenn nicht Antragsteller: Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers bzw. Beitragszahlers \_\_\_\_\_

Falls eine Versicherungsleistung ausgezahlt wird, erfolgt dies auf das angegebene Konto, sofern keine besondere Vereinbarung getroffen wird.

**Erklärung der Antrag stellenden Person nach dem Geldwäschegesetz**

wirtschaftlich Berechtigter: **Ich handele für eigene Rechnung**

Ja      Name, Vorname/Firma/Verband \_\_\_\_\_      Geburtsdatum \_\_\_\_\_      Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Nein, ich handele für: (z.B. bei unwiderruflichem Bezugsrecht, Beitragszahler nicht identisch mit Vers.-Nehmer)

Land, PLZ, Ort, Straße, Nr. \_\_\_\_\_      ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

**Identifizierung**

Die Identifizierung gilt als erfüllt, weil die Beitragszahlung durch eine Einzugsermächtigung von einem eigenen Konto oder einem Gemeinschaftskonto des Versicherungsnehmers innerhalb Deutschlands erfolgt.

Der Versicherungsnehmer ist dem Vermittler bei Abschluss eines Vertrags entsprechend dem Geldwäschegesetz persönlich bekannt und wurde bereits früher identifiziert.      Vertrags-Nr.: \_\_\_\_\_

Der Versicherungsnehmer, bei juristischen Personen der Bevollmächtigte, hat sich ausgewiesen mit: (möglichst Fotokopie beifügen)

gültigem Personalausweis       gültigem Reisepass      ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

Nummer \_\_\_\_\_      Geburtsort \_\_\_\_\_

Der Antragsteller ist juristische Person, es handelt in Vollmacht:      Name, Vorname \_\_\_\_\_      Geburtsdatum \_\_\_\_\_      Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Land, PLZ, Ort, Straße, Nr. \_\_\_\_\_

**D. Fragen an den Vers.-Nehmer**

1. Bezugsrecht zu Lebzeiten der vers. Person      bei Ablauf/Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeit/schwerer Erkrankung (Dread Disease) /Rentenzahlung bzw. Kapitalabfindung      Name, Vorname \_\_\_\_\_      Geburtsdatum \_\_\_\_\_

2. Bezugsrecht bei Ableben der versicherten Person      Name, Vorname \_\_\_\_\_      Geburtsdatum \_\_\_\_\_

3. Falls die versicherte Person nicht Antragsteller ist: Soll nach dem Tode des Versicherungsnehmers (Antragstellers) die versicherte Person an seiner Stelle aus der Versicherung berechtigt und verpflichtet sein?       ja       nein

4. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht?       ja      Welche? \_\_\_\_\_

(Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich.)

\* freiwillige Angaben

Dok 100005

811200 06.2006 Mantel

Durchschrift für die Antragstellende Person

Name des Vermittlers

**Interne Angaben**

**Neuantrag** Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ Versand  an VN KGR GD/VD Vermittlernummer 1 Vermittlernummer 2 Motiv

**Änderungsantrag** \_\_\_\_\_  über GD/VD

über Vermittler \_\_\_\_\_

GSG \_\_\_\_\_ ZUW \_\_\_\_\_ Fremdvermittlernummer \_\_\_\_\_ Externe Vertragsreferenz 1 \_\_\_\_\_ Externe Vertragsreferenz 2 \_\_\_\_\_

PV  AF  OD  GM \_\_\_\_\_

Sind Sie/Ihr Haushalt bereits Kunde  nein  ja, selbst falls ja: Vers.-Nr./Kart.-Nr. \_\_\_\_\_  
 ja, andere Haushaltsmitglieder \_\_\_\_\_

Sie können diesen Antrag verwenden als Neuantrag oder Änderungsantrag. Wenn Sie nicht aus unserem Angebotsprogramm WinAs den kompletten Ausdruck eines Neuantrags vornehmen lassen möchten, können Sie dieses Druckstück – als „Mantel“ für eine aus unserem Angebotsprogramm WinAs gedruckte Technikseite oder – als „Mantel“ für eine oder mehrere Papier-Technikseiten (Druckstücknr. 811201-811206) verwenden.

**A 1. Antrag stellende Person** (Vers.-Nehmer)

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Frau  Herr \_\_\_\_\_

derzeit ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_  angestellt  selbstständig \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Telefon, Telefax/beruflich\* \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon, Telefax/privat\* \_\_\_\_\_

**2. Zu versichernde Person** (nur ausfüllen, wenn andere Person als A 1.)

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Frau  Herr \_\_\_\_\_

derzeit ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_  angestellt  selbstständig \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Telefon, Telefax/beruflich\* \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon, Telefax/privat\* \_\_\_\_\_

**3. Mitzuversichernde Person**

Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Frau  Herr \_\_\_\_\_

derzeit ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_  angestellt  selbstständig \_\_\_\_\_

Telefon, Telefax/beruflich\* \_\_\_\_\_

**B. Art, Umfang der Versicherung:** Bitte fügen Sie ausgefüllt und unterschrieben bei

– entsprechende Technikseite(n) aus dem Angebots- und Antragsprogramm WinAs Anzahl der beigefügten WinAs-Technikseiten \_\_\_\_\_

oder

– entsprechende Papier-Technikseite(n) und, wenn möglich, zugehöriges WinAs-Angebot. Anzahl der beigefügten Papier-Technikseiten \_\_\_\_\_

**C. Inkasso** Einzugsermächtigung  Einbehalt  Beitragsüberweisung

Konto-Nr./Personal-Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Geldinstitut/Firma/Beschäftigungsstelle/Postamt \_\_\_\_\_

Wenn nicht Antragsteller: Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers bzw. Beitragszahlers \_\_\_\_\_

Falls eine Versicherungsleistung ausgezahlt wird, erfolgt dies auf das angegebene Konto, sofern keine besondere Vereinbarung getroffen wird.

**Erklärung der Antragstellenden Person nach dem Geldwäschegesetz**

wirtschaftlich Berechtigter: **Ich handle für eigene Rechnung**

Ja Name, Vorname/Firma/Verband \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Nein, ich handle für: (z.B. bei unwiderruflichem Bezugsrecht, Beitragszahler nicht identisch mit Vers.-Nehmer) Land, PLZ, Ort, Straße, Nr. \_\_\_\_\_ ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

**Identifizierung**

Die Identifizierung gilt als erfüllt, weil die Beitragszahlung durch eine Einzugsermächtigung von einem eigenen Konto oder einem Gemeinschaftskonto des Versicherungsnehmers innerhalb Deutschlands erfolgt.

Der Versicherungsnehmer ist dem Vermittler bei Abschluss eines Vertrags entsprechend dem Geldwäschegesetz persönlich bekannt und wurde bereits früher Vertrags-Nr.: \_\_\_\_\_

Der Versicherungsnehmer, bei juristischen Personen der Bevollmächtigte, hat sich ausgewiesen mit: (möglichst Fotokopie beifügen)  gültigem Personalausweis  gültigem Reisepass ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

Nummer \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Der Antragsteller ist juristische Person, es handelt in Vollmacht: Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Land, PLZ, Ort, Straße, Nr. \_\_\_\_\_

**D. Fragen an den Vers.-Nehmer**

1. Bezugsrecht zu Lebzeiten der vers. Person bei Ablauf/Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeit/schwerer Erkrankung (Dread Disease) /Rentenzahlung bzw. Kapitalabfindung Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

2. Bezugsrecht bei Ableben der versicherten Person Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

3. Falls die versicherte Person nicht Antragsteller ist: Soll nach dem Tode des Versicherungsnehmers (Antragstellers) die versicherte Person an seiner Stelle aus der Versicherung berechtigt und verpflichtet sein?  ja  nein

4. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht?  ja Welche? \_\_\_\_\_ (Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich.) \_\_\_\_\_

\* freiwillige Angaben

Dok 100005

811200 06.2006 Mantel

Durchschrift für den Vermittler

Name des Vermittlers

Interne Angaben  **Neuantrag** Versicherungsnummer  Versand  an VN KGR GD/VD Vermittlernummer 1 Vermittlernummer 2 Motiv  
 **Änderungsantrag**  über GD/VD  über Vermittler

GSG ZUW Fremdvermittlernummer Externe Vertragsreferenz 1 Externe Vertragsreferenz 2  
 PV  AF  OD  GM

Sind Sie/Ihr Haushalt bereits Kunde  nein  ja, selbst falls ja: Vers.-Nr./Kart.-Nr.  
 ja, andere Haushaltsmitglieder

Sie können diesen Antrag verwenden als Neuantrag oder Änderungsantrag. Wenn Sie nicht aus unserem Angebotsprogramm WinAs den kompletten Ausdruck eines Neuantrags vornehmen lassen möchten, können Sie dieses Druckstück – als „Mantel“ für eine aus unserem Angebotsprogramm WinAs gedruckte Technikseite oder – als „Mantel“ für eine oder mehrere Papier-Technikseiten (Druckstücknr. 811201-811206) verwenden.

**A 1. Antrag stellende Person** (Vers.-Nehmer) Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel Geburtsdatum Staatsangehörigkeit  
 Frau  Herr derzeit ausgeübte Tätigkeit  angestellt  selbstständig Geburtsort

Straße, Haus-Nr. Telefon, Telefax/beruflich\*  
 Postleitzahl, Wohnort Telefon, Telefax/privat\*

**2. Zu versichernde Person** (nur ausfüllen, wenn andere Person als A 1.) Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname, Titel Geburtsdatum Staatsangehörigkeit  
 Frau  Herr derzeit ausgeübte Tätigkeit  angestellt  selbstständig Geburtsort

Straße, Haus-Nr. Telefon, Telefax/beruflich\*  
 Postleitzahl, Wohnort Telefon, Telefax/privat\*

**3. Mitzuversichernde Person** Name (bei Abweichung auch Geburtsname), Vorname Geburtsdatum  
 Frau  Herr derzeit ausgeübte Tätigkeit  angestellt  selbstständig Telefon, Telefax/beruflich\*

**B. Art, Umfang der Versicherung:** Bitte fügen Sie ausgefüllt und unterschrieben bei  
 – entsprechende Technikseite(n) aus dem Angebots- und Antragsprogramm WinAs Anzahl der beigefügten WinAs-Technikseiten   
 oder  
 – entsprechende Papier-Technikseite(n) und, wenn möglich, zugehöriges WinAs-Angebot. Anzahl der beigefügten Papier-Technikseiten

**C. Inkasso** Einzugsermächtigung  Einbehalt  Beitragsüberweisung  
 Konto-Nr./Personal-Nr. Bankleitzahl Geldinstitut/Firma/Beschäftigungsstelle/Postamt

Wenn nicht Antragsteller: Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers bzw. Beitragszahlers

Falls eine Versicherungsleistung ausgezahlt wird, erfolgt dies auf das angegebene Konto, sofern keine besondere Vereinbarung getroffen wird.

**Erklärung der Antrag stellenden Person nach dem Geldwäschegesetz** wirtschaftlich Berechtigter: **Ich handele für eigene Rechnung** Name, Vorname/Firma/Verband Geburtsdatum Staatsangehörigkeit  
 Ja Land, PLZ, Ort, Straße, Nr. ausgeübte Tätigkeit  
 **Nein, ich handele für:** (z.B. bei unwiderruflichem Bezugsrecht, Beitragszahler nicht identisch mit Vers.-Nehmer)

Identifizierung  Die Identifizierung gilt als erfüllt, weil die Beitragszahlung durch eine Einzugsermächtigung von einem eigenen Konto oder einem Gemeinschaftskonto des Versicherungsnehmers innerhalb Deutschlands erfolgt.

Der Versicherungsnehmer ist dem Vermittler bei Abschluss eines Vertrags entsprechend dem Geldwäschegesetz persönlich bekannt und wurde bereits früher identifiziert. Vertrags-Nr.:

Der Versicherungsnehmer, bei juristischen Personen der Bevollmächtigte, hat sich ausgewiesen mit: (möglichst Fotokopie beifügen)  gültigem Personalausweis  gültigem Reisepass ausstellende Behörde  
 Nummer Geburtsort

Der Antragsteller ist juristische Person, es handelt in Vollmacht: Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit  
 Land, PLZ, Ort, Straße, Nr.

**D. Fragen an den Vers.-Nehmer** 1. Bezugsrecht zu Lebzeiten der vers. Person bei Ablauf/Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeit/schwerer Erkrankung (Dread Disease) /Rentenzahlung bzw. Kapitalabfindung Name, Vorname Geburtsdatum

2. Bezugsrecht bei Ableben der versicherten Person Name, Vorname Geburtsdatum

3. Falls die versicherte Person nicht Antragsteller ist: Soll nach dem Tode des Versicherungsnehmers (Antragstellers) die versicherte Person an seiner Stelle aus der Versicherung berechtigt und verpflichtet sein?  ja  nein

4. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht?  ja Welche? (Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich.)

\* freiwillige Angaben

Dok 100005

811200 06.2006 Mantel

**E Gesundheitsfragen an die zu versichernde Person** Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen vollständig und richtig zu beantworten. Geben Sie bitte auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben kann der Versicherer den Vertrag aufheben (Rücktritt, Anfechtung) bzw. die Leistung verweigern. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich an die DBV-Winterthur Gruppe, 65170 Wiesbaden schriftlich nachzureichen. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie bitte Anlagen unterschrieben bei.

- Größe/Gewicht** 1. Wie groß und wie schwer sind Sie? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg
- Krankheiten/Unfallfolgen in den letzten 5 Jahren**
2. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **5 Jahren** Krankheiten oder Unfallfolgen
- a) des **Herzens**, des **Kreislaufs** oder der **Blutgefäße** (z.B. erhöhter Blutdruck, Schmerzen in der Herzgegend, Migräne, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzkranzgefäße, Durchblutungsstörungen, Venenleiden)? nein  ja
  - b) der **Atmungsorgane** (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Schlafstörungen)? nein  ja
  - c) des **Magens**, der **Speiseröhre**, des **Darms**, der **Leber**, der **Bauchspeicheldrüse**, der **Galle** (z.B. Magengeschwür, Entzündungen, erhöhte Leberwerte)? nein  ja
  - d) der **Nieren** und **Harnwege**, der **Blase**, der **Geschlechtsorgane**, der **Brust** (z.B. Steinleiden, Nierenzysten, Entzündungen)? nein  ja
  - e) des **Stoffwechsels**, der **Schilddrüse** (z.B. Diabetes/Zucker, erhöhter Blutzucker, erhöhtes Cholesterin, Gicht)? nein  ja
  - f) des **Blutes** oder **Tumorerkrankungen** (z.B. Anämie, Leukämie, Krebs, Lymphknoten)? nein  ja
  - g) **Bindegewebs-** oder entzündliche **Gelenkerkrankungen** (z.B. Rheumatismus, Arthritis, Bechterew, Leistenbruch)? nein  ja
  - h) **Infektionskrankheiten**, **Geschlechtskrankheiten**, **Tropenkrankheiten** (z.B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose)? nein  ja
  - i) der **Psyche**, des **Gehirns**, des **Nervensystems**, **Suchtkrankheiten** (z.B. Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Bulimie, Essstörungen, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Lähmungen, Schlaganfall)? nein  ja
  - j) der **Augen** (z.B. Sehestörungen, grauer oder grüner Star, Blindheit)? nein  ja   
bei **Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien**: Dioptrienwerte links \_\_\_\_\_, rechts \_\_\_\_\_
  - k) der **Ohren/Sinnesorgane** (z.B. Ohrengeräusche, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, verminderter Geschmacks- oder Geruchssinn)? nein  ja
  - l) des **Rückens**, der **Wirbelsäule** und **Bandscheiben** (z.B. Skoliose, HWS-/BWS-/LWS-Syndrom, Rücken-/Nackenschmerzen, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Ischias)? nein  ja
  - m) des **Bewegungsapparates**, der **Knochen**, **Gelenke**, **Muskeln**, **Bänder** und **Sehnen** (z.B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Bänder- oder Meniskusschäden)? nein  ja
  - n) der **Haut** oder **Allergien** (z.B. Ekzem, Neurodermitis, Heuschnupfen, Hausstaub-/Medikamenten-/Insektenallergie)? nein  ja

**Ergänzende Informationen, wenn eine oder mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet wurden:**

Zu Frage	Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf?	Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen?	Zeitraum von - bis	Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten

- Stationäre Behandlungen in den letzten 10 Jahren** 3. Wurden Sie in den letzten **10 Jahren** stationär behandelt (auch Reha-Maßnahmen, Kuren, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-/Chemotherapie)? **Ergänzende Informationen, wenn die Frage mit „ja“ beantwortet wurde:** nein  ja
- | Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf? | Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen? | Zeitraum von - bis | Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten |
|--|---|--------------------|---|
|  |   |                    |   |
|  |   |                    |   |

- Aktueller Gesundheitsstand** 4. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? **Wenn „ja“:** Wann? \_\_\_\_\_ nein  ja
5. Besteht eine Behinderung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? **Bitte Rentenbescheid zur Einsicht beifügen!** nein  ja
- | Diagnose/Art der Behinderung/Bestehend seit? | GdB, Grad der MdE, WDB in % ? | Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten |
|--|-------------------------------|---|
|  |                               |   |
- Wenn „ja“:** Welche? \_\_\_\_\_

- Gefahren in der Freizeit** 6. Sind Sie Gefahren in der Freizeit ausgesetzt (z.B. Berg-, Flug-, Kampf-, Motor-, Wildwassersport, Fallschirmspringen, Wettfahr- ten, Tauchen)? nein  ja
- Wenn „ja“:** Welchen? \_\_\_\_\_ Einschluss des Sportrisikos? ja  nein

- Auslandsaufenthalt** 7. Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder Aufenthalte in Krisengebieten vorgesehen? nein  ja
- Wenn „ja“:** Wohin? \_\_\_\_\_ beruflich  privat  Zeitraum: \_\_\_\_\_

- Bestehende Versicherungen** 8. Bestehen bereits Lebens-, Rentenversicherungen, Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? nein  ja
- | Wenn „ja“: Gesellschaft | Vers.Summe | € mtl. BU-Rentenhöhe | € Beginn |
|-------------------------|------------|----------------------|----------|
|                         |            |                      |          |
|                         |            |                      |          |

Liegen noch weitere Anlagen bei?  Ja, \_\_\_\_\_ Seiten **Ärztliche Untersuchung veranlasst?** ja

**Wichtiger Hinweis** Bitte lesen Sie vor Unterschreiben des Antrags auf der Rückseite die **Schlussklärungen** der Antrag stellenden und der zu versichernden Person. Diese Erklärungen enthalten u.a. eine Ermäch- tigung zur Entbindung von der Schweigepflicht und die Einwilligung zur Datenverarbeitung. Durch Ihre Unterschrift werden die Schluss- erklärungen Bestandteil des Antrags bzw. Ver- trags. Die Unterschriften der Antrag stellenden Per- son, der zu versichernden Person, des Beitrags- zahlers und des Vermittlers gelten für alle beantragten Versicherungen.

**Widerspruchsrecht der Antrag stellenden Person** Ich kann dem Versicherungsvertrag bis zum Ablauf von 30 Tagen nach Zugang des Ver- sicherungsscheins, der Versicherungs- bedingungen und der übrigen Verbraucher- information schriftlich widersprechen. Zur Wahrung dieser Frist genügt die recht- zeitige Absendung des Widerspruchs.

Unterschriften	Ort, Datum	Antrag stellende Person (= Versicherungsnehmer)	Zu versichernde Person (soweit nicht Antrag stellende Person)
Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen	Beitragszahler (soweit nicht Antrag stellende oder zu versichernde Person)	Vermittler	

Dok 100005

811200 06.2006 Mantel

# Schlussfolgerungen der Antrag stellenden Person und der zu versichernden Person:

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Bereits jetzt willige ich ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchföhrung (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. 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.

Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Einwilligungsklausel zur Beratung und Betreuung in sonstigen Finanzdienstleistungen

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-,

Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch

in sonstigen Finanzdienstleistungen genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkbatts zur Datenverarbeitung Kenntnis

nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen

Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch vorher – überlassen wird.

## Weitere Schlussfolgerung der zu versichernden Person:

Schweigepflichtbindungszerklärung

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

Versicherer darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen, die Ärzte und Heilkundigen, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod 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 Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeit oder schweren Erkrankungen (Dread Disease) beansprucht, darf der Versicherer die in Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte und

Heilkundigen, die mich untersucht haben, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeit oder schweren Erkrankungen (Dread Disease) sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufs-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeit oder schweren Erkrankungen (Dread Disease) geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

## Weitere Schlussfolgerung der Antrag stellenden Person:

Durchschrift des Antrags

Eine Durchschrift des Versicherungsantrags wird mir sofort nach Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt.

Versicherungsbedingungen (Vertragsgrundlagen)

Für die Versicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Verbraucherinformation nach § 10a VAG. Diese werden mit dem Versicherungsschein übersandt; auf Wunsch können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen auch schon bei Antragstellung ausgehändigt

werden. Maßgeblich für den Versicherungsvertrag sind ausschließlich die bei Policing ausgehändigten Unterlagen.

Wird dieser Antrag als Änderungsantrag verwendet, erhalte ich mit dem Nachtrag zum Versicherungsschein die zugehörigen

Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Verbraucherinformation nach § 10a VAG, soweit sie mir noch nicht bei Neuabschluss oder einer anderen Vertragsänderung übersandt worden sind.

## Allgemeine Hinweise:

Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Besondere Vereinbarungen sind nur mit Zustimmung des Versicherers wirksam.

Eine bestehende Versicherung aufzugeben und dafür eine neue Versicherung abzuschließen, ist für den Versicherungsnehmer im allgemeinen unzweckmäßig und von den Versicherungsunternehmen daher unerwünscht.

Soweit Vorteilsbedingungen gewährt werden, die vom Bestehen der Mitgliedschaft zu einer Gewerkschaft/Verein abhängig sind, erfolgt ein Datenabgleich mit dieser Organisation ohne Bekanntgabe der Versicherungsinhalte.

Der Vermittler ist nicht berechtigt, Gebühren zu erheben. Sofern der Vermittler unterschrieben hat, bestätigt er, dass die Unterschriften eigenhändig geleistet wurden.

Freiwillige Selbstverpflichtung

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 einer Versicherungssumme von insgesamt 250.000 € bzw. 2.500 € monatlicher Berufsunfähigkeitsrente offen gelegt werden.

Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

An wen können Sie sich wenden, wenn Sie etwas beanstanden möchten?

Wenn Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden sind oder Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auftreten, können Sie sich jederzeit an unsere Geschäftsleitung (siehe Versicherungsträger)

oder an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Postfach 13 08, 53003 Bonn Internet-Adresse: www.bafin.de

oder auch, soweit es private Risiken betrifft, an den Ombudsmann für die Versicherungswirtschaft, Postfach 08 06 32, 10006 Berlin E-Mail-Adresse: [beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de) wenden.

Dok 100005

Mantel

811200\_06.2006