

Antrag auf Lebensversicherung mit vorläufigem Versicherungsschutz

gültig für

- Kapitalversicherungen (inklusive Protrend-Versorgung)
- Rentenversicherungen
- Berufsunfähigkeitsversicherung
- Risikoversicherungen
- Pensionsversicherungen
- und für Versicherungen auf verbundene Leben

Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Sehr geehrter Kunde,

zu der von Ihnen umseitig beantragten Lebensversicherung gewähren wir Ihnen vorläufigen Versicherungsschutz gemäß den nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung.

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

Sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftiger Versicherungsnehmer. Dies gilt auch dann, falls Sie als versicherte Person die Versicherungsbedingungen erhalten, ohne gleichzeitig Versicherungsnehmer zu sein (z.B. weil die Versicherung von Ihrem Arbeitgeber beantragt wurde).

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

Der Umfang des vorläufigen Versicherungsschutzes richtet sich nach Ihrem Antrag, ist jedoch hinsichtlich der Höhe auf folgende Beträge begrenzt bzw. wie folgt eingeschränkt:

- Kapitalleistungen für den Todesfall (auch bei Unfalltod) auf insgesamt 125.000 EUR;
- Überlebens- und Waisenrenten auf insgesamt jährlich 5.000 EUR;
- Berufs-/ Erwerbsunfähigkeitsrenten auf jährlich 12.000 EUR;
- Leistungen aus einer beantragten Prämienbefreiung für den Fall der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit zahlen wir nur, wenn die beantragte Hauptversicherung zustande gekommen und solange sie nicht weggefallen ist. Die Prämienbefreiung gilt höchstens für eine versicherte Kapitalleistung von 125.000 EUR bzw. eine versicherte Altersrente von jährlich 7.500 EUR.
- Tritt der Versicherungsfall vor Vollendung des 7. Lebensjahres der versicherten Person ein, so ist unsere Leistungspflicht auf den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten (z.Z. 8.000 EUR) beschränkt.
- Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf eine beantragte Leistung für den Erlebensfall (Kapitalleistung oder Altersrente), Pflegerente sowie beantragte Optionen auf Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Die genannten Grenzen gelten für den Fall, dass bei Eintritt des Versicherungsfalles – gleichgültig mit wem – mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte Person bestehen, für alle Verträge zusammen. Hat dies eine Begrenzung zur Folge, so wird der maßgebliche Höchstbetrag in dem Verhältnis auf die einzelnen Verträge aufgeteilt, in dem die einzelvertragliche Leistung zu deren Summe steht. Maßgeblich sind die einzelvertraglichen Leistungen, die ohne eine Zusammenrechnung aus dem vorläufigen Versicherungsschutz fällig geworden wären.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrages liegt,
- die Angaben im Antrag zu den persönlichen Daten des Antragstellers und der versicherten Person(en), zum Umfang der beantragten Versicherungen und im Abschnitt "Erklärungen der versicherten Person(en)" vollständig ausgefüllt sind,
- Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns angebotenen Versicherungsleistungen und Versicherungsbedingungen bewegt,
- die versicherte Person bei Unterzeichnung das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht und die Voraussetzungen von § 2 erfüllt sind.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat oder
- wir den Antrag endgültig abgelehnt haben oder
- Sie den Antrag angefochten, zurückgenommen oder von Ihrem Widerspruchrecht nach § 5 a Versicherungsvertragsgesetz Gebrauch gemacht haben, oder
- Sie nach Übersendung der Police die erste oder einmalige Prämie nicht innerhalb von 2 Wochen nach Fälligkeit gezahlt haben bzw. der Einzug der Prämie im Rahmen des Lastschriftverfahrens nicht möglich war oder Sie diesem widersprochen haben, sofern die Nichtzahlung von Ihnen zu vertreten ist. Haben Sie die Verspätung nicht zu vertreten, können Sie durch Nachzahlung der angeforderten Prämie den vorläufigen Versicherungsschutz auch für die Vergangenheit erhalten.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für alle Versicherungsfälle, die in ursächlichem Zusammenhang mit den Umständen stehen, nach denen wir in dem Antrag gefragt haben, die dem Antragsteller bei Abgabe seiner Gesundheitserklärung bekannt sind und die er demzufolge im Rahmen seiner vorvertraglichen Anzeigepflicht angezeigt hat bzw. anzuzeigen hatte. Dieser Leistungsausschluss findet jedoch nur Anwendung, wenn wir nachweisen, dass zwischen den betreffenden Umständen und der Ursache des Versicherungsfalles ein ursächlicher Zusammenhang besteht und wenn die betreffenden Umstände nach unseren Grundsätzen der medizinischen Risikobewertung nicht zur Annahme des gestellten Antrages geführt hätten. Darüber hinaus gelten die Einschränkungen und Ausschlüsse der für die beantragte Versicherung maßgeblichen Versicherungsbedingungen.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keine zusätzliche Prämie. Erbringen wir aber Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht der Prämie für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrages. Bei Einmalprämienversicherungen ist dies die Einmalprämie. Im Falle der Begrenzung des Umfangs des vorläufigen Versicherungsschutzes gemäß § 1 wird das Entgelt auf Basis der oben genannten Höchstbeträge berechnet.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die für die beantragte Versicherung geltenden Versicherungsbedingungen Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Die Verbraucherinformationen und die Bedingungen erhalten Sie wie vereinbart zusammen mit dem Versicherungsschein.

(2) Das im Antrag festgelegte Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Gerling-Konzern Lebensversicherungs-AG

Norbert Heinen

Timothy J. Ward



GERLING

Wir unternehmen Sicherheit.

Vertrieb	Betreuer-Nr.	Antrags-Nr.
Status-Kennzeichen	BAV-Kennzeichen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Produkt-Kennzeichen	Police über Vertrieb <input type="checkbox"/> ja
Vermittler-Nr. 10-stellig	Prov/A-Vgt. % % Teilung NL GD	Vermittler-Nr. 10-stellig
Agentur-Nr.	Vertrags-Nr. <input type="text"/>	Gruppen-Nr. <input type="text"/>
Personal-/Werks-/IPV-/Mitglieds-Nr.		

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Partner-Nr. 01-	lfd. Nr. Ans.	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Besondere Anrede <input type="checkbox"/> Eheleute <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> ohne Anrede
Name/Anschrift	GK-Kunde?/ggf. eine seiner VS-Nrn. <input type="checkbox"/> ja	Art: P E V F G I S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Geburtsname/Firmenkurzbezeichnung	Geburtsdatum/Firmengründung	Familienstand/Rechtsform	
Staatsangehörigkeit	Tel. privat (mit Vorwahl)	Tel. geschäftlich (mit Vorwahl)	
Beruf	Schlüssel <input type="text"/>	Branche	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt im öffentlichen Dienst <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> verbeamtet
Arbeitgeber bei IPV bzw. Vertragspartner bei Rahmenabkommen	Antragsteller ist Mitglied des Verbandes (bei Rahmenabkommen mit einem Verband)		GK-Info <input type="checkbox"/> ja

Zu versichernde Person (VP)

Partner-Nr. 01-	lfd. Nr. Ans.	GK-Kunde?/ggf. eine seiner VS-Nrn. <input type="checkbox"/> ja	Art: P E V F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name/Anschrift	Bitte nur ausfüllen, wenn der Antragsteller nicht selbst zu versichernde Person ist		
Geburtsdatum	GK-Info <input type="checkbox"/> ja	Geburtsname	Familienstand
Beruf	Schlüssel <input type="text"/>	Branche	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt im öffentlichen Dienst <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> verbeamtet
		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

Mitversicherte Person (MVP)

Partner-Nr. 01-	lfd. Nr. Ans.	GK-Kunde?/ggf. eine seiner VS-Nrn. <input type="checkbox"/> ja	Art: P E V F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name/Anschrift	Bitte nur ausfüllen, wenn der Antragsteller nicht selbst zu versichernde Person ist		
Geburtsdatum	GK-Info <input type="checkbox"/> ja	Geburtsname	Familienstand
Beruf	Schlüssel <input type="text"/>	Branche	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt im öffentlichen Dienst <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> verbeamtet
		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

Prämienzahler

Partner-Nr. 01-	lfd. Nr. Ans.	GK-Kunde?/ggf. eine seiner VS-Nrn. <input type="checkbox"/> ja	Art: P E V F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name/Anschrift	Bitte nur ausfüllen, wenn der Antragsteller nicht selbst Prämienzahler ist		
Konto-Nr.	BLZ	Name des Geldinstitutes	

Zweck der Versicherung Private Vorsorge Vermögensanlage Finanzierungsvorhaben/Kreditabsicherung Gerling-Versicherungsdarlehen BAV-Direktversicherung (bitte Erklärung beifügen) BAV-Rückdeckungsversicherung

Bei Versicherungssummen über 250.000 EUR bitte nähere Angaben.

Beantragte Versicherungen (Erläuterungen gemäß Versicherungsbedingungen bzw. Rahmenabkommen)

Versicherungsbeginn 01.	Beitrittsalter VP: <input type="text"/> Jahre MVP: <input type="text"/> Jahre	Endalter VP: <input type="text"/> Jahre MVP: <input type="text"/> Jahre	Prämienzahlungsdauer <input type="text"/> Jahre	Versicherungsdauer <input type="text"/> Jahre
<input type="checkbox"/> Kapital-/Risikoversicherung	Tarif	Gewinnform <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> E+ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	Vers.summe bei Tod im 1. Vers.jahr EUR	
Vers.summe EUR		Vers.summe bei Erleben des Ablaufs EUR		
<input type="checkbox"/> Abschluss als "Pensionsversicherung" (Nur möglich, wenn auch eine Versicherungsleistung im Erlebensfall mitversichert ist und die Versicherungsdauer mindestens 12 Jahre beträgt. Vereinbart ist hierfür, dass im Erlebensfall grundsätzlich die Zahlung einer Altersrente erfolgt, die sich aus der angegebenen Versicherungssumme ergibt; die Ausübung des Kapitalwahlrechtes ist möglich.) Erläuterungen und Kapitalwahlrecht hierzu gemäß Versicherungsschein.				
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung	Tarif	Gewinnform bei aufgeschobenen Rentenversicherungen <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> E+	Gewinnform bei sofort beginnenden Rentenversicherungen <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H ^{*)} Form 5 nur möglich bei lebenslanger Rentenzahlung	
Altersrente jährlich EUR	Witwe(n)-/Überlebensrente EUR	Waisenrente jährlich EUR	Fälligkeit der 1. Altersrente	Rentengarantiezeit <input type="text"/> Jahre
Rentenzahlungsdauer lebenslang oder abgekürzt für <input type="text"/> Jahre	Rentenzahlungsweise in monatlichen Teilbeträgen	oder abweichend <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/1 jährlich		<input type="checkbox"/> Ausschluss des Kapitalwahlrechtes
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeits-Versicherung	Tarif	<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeits-Versicherung	Tarif	Gewinnform <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> G
Rente jährlich EUR/ %	Versicherungsdauer der Prämienbefreiung <input type="text"/> Jahre	bzw. Endalter <input type="text"/> Jahre	Versicherungsdauer der Rente <input type="text"/> Jahre	Leistungsendalter <input type="text"/> Jahre
Mindestgrad 50 % oder abweichend <input type="checkbox"/> 75 % (nur bei Berufsunfähigkeits-Versicherung)	Karenzzeit: <input type="text"/> Monate	Weiterverwendung der Prämie in der Hauptversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Fallende Versicherungsleistungen und Prämien siehe beiliegendes Angebot <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Pflegerenten-Versicherung	Tarif PR1	Pflegerente jährlich VP EUR/ %	Pflegerente jährlich MVP EUR/ %	
<input type="checkbox"/> Unfalltod-Versicherung	Tarif UT	Versicherungssumme VP EUR/ %	Versicherungssumme MVP EUR/ %	
<input type="checkbox"/> Optionen auf Erhöhung der Versicherungsleistung	Tarif <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> OTB <input type="checkbox"/> OR	Optionssumme EUR	Optionsdauer <input type="text"/> Jahre	bzw. Endalter <input type="text"/> Jahre
		Optionsrente EUR		

Dynamikrecht (weitere Einzelheiten siehe Rückseite). Soweit dies nach den tariflich festgelegten Bestimmungen möglich ist, haben Sie das Recht, die Prämie und damit den Versicherungsschutz regelmäßig und ohne Gesundheitsprüfung an die wirtschaftliche Situation anzupassen. Für **Risikoversicherungen** und **selbständige Berufsunfähigkeitsversicherungen** gilt die Anpassungsform P(3%) oder abweichend P(4%) P(5%) Ich verzichte ausdrücklich auf dieses Erhöhungsrecht.

Für die **übrigen Versicherungen** gilt die Anpassungsform P 2001, es sei denn, Sie haben eine der nachfolgenden Alternativen ausgewählt:

- P P (%) BFA (%) Bei Kapital- und Rentenversicherungen mit Berufsunfähigkeitsschutz wird bei Eintritt von Berufsunfähigkeit die Dynamik der Hauptversicherung fortgeführt. Erhöhungen erfolgen abweichend von einer vorher vereinbarten Prämienhöhung in Höhe von 3 % der relevanten Vorjahresprämie oder abweichend mit %.
- Ich verzichte ausdrücklich auf mein Erhöhungsrecht.

Prämie gemäß Zahlungsweise bei reduzierter Anfangsprämie siehe Beiblatt (Rundungsdifferenzen vorbehalten) EUR **Nach Verrechnung mit Sofort-Überschussanteil im 1. Vers.jahr** (Erläuterungen zur Überschussbeteiligung gem. Vers.-Bedingungen) EUR

Zahlungsweise 1/12 1/2 einmalig Inkassoart Lastschrift wird ab Beginn erteilt mit Aufforderung Sammellinkasso
 1/4 1/1 jährlich Prämien-depot ab Folgeprämie erteilt ohne Aufforderung Gruppeninkasso

Vertragsart Einzel Sondereinzel 1 Sondereinzel 3 Sondersammel Kollektiv 10 Kollektiv 30
 Sondereinzel 2 Sammel Sondersammel V Kollektiv 20 Kollektiv 40

Empfänger der Versicherungsleistung Bitte nicht ausfüllen bei Direktversicherungen. Hierzu gilt die beiliegende „Erklärung der Direktversicherung“. Ferner gelten die Bestimmungen eines etwaigen Rahmenabkommens.

Im Erlebensfall der Versicherungsnehmer ist bezugsberechtigt die versicherte Person die nachfolgend namentlich bezeichnete Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Beim Tode ist bezugsberechtigt

- der Versicherungsnehmer, soweit er nicht versicherte Person ist.
 in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgend Berechtigten: 1. der überlebende Ehegatte, mit dem der Versicherte im Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war, 2. leibliche, eheliche und ihnen gesetzlich gleichgestellte Kinder zu gleichen Teilen, 3. die Eltern, 4. die Erben
 die nachfolgend namentlich bezeichnete Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Erklärungen der zu versichernden Person (VP) und ggfs. der mitversicherten Person (MVP) bei verbundenen Leben

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, bitten wir, die Antworten auf einem gesonderten Blatt vorzunehmen und dies dem Antrag beizufügen. Möchten Sie diese Antworten hier nicht geben, bitten wir, die Beantwortung unmittelbar gegenüber der Gesellschaft vorzunehmen.

VP		MVP	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	1a Ist auf Ihr Leben – gleichzeitig oder in den letzten 5 Jahren – eine Versicherung abgeschlossen oder beantragt worden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	1b Hat eine Gesellschaft in den letzten 5 Jahren Erschwerungen verlangt bzw. den Antrag abgelehnt oder zurückgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	2 Sind Sie im Sport bzw. Hobby besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Privat/Sportflüge, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Motorsport, Tauchsport, Bergsport)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	3 Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? Wenn Ja, was und wie viel täglich?	VP: <input type="text"/> MVP: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	4 Größe und Gewicht	VP: <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg MVP: <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	5 Fanden in den letzten 5 Jahren auf Grund von Beschwerden oder Erkrankungen ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker, Psychotherapeuten statt? Herz-/Kreislaufsystem (z. B. Herzbeschwerden, erhöhter Blutdruck), Bewegungsapparat (z. B. Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Rheuma), Atmungs-, Verdauungs-, Harn- oder Geschlechtsorgane, Psyche, Sucht, Nerven, Gehirn, Rückenmark, Blut, Stoffwechsel (z. B. Diabetes, Blutfette, Gicht), Drüsen, Schilddrüse, Sinne (z. B. Augen, Ohren), Haut, Allergien		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	6 Bestehen körperliche oder geistige Beeinträchtigungen oder chronische Erkrankungen? (z. B. Unfallfolgen, Amputationen, Versteifungen, Bandscheibenschädigung, Rückgratverkrümmung, Stoffwechselstörungen, Diabetes, Hörstörungen, Sehstörungen, Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	7 Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?	VP: Dioptrien re/li <input type="text"/> / <input type="text"/> MVP: Dioptrien re/li <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung bitte Angaben zur beruflichen Tätigkeit: (siehe Rückseite) Personalverantwortung für Personen Anteil der Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz: % der Gesamttätigkeit Anteil der körperlichen Tätigkeit % der Gesamttätigkeit Risikogruppe

Bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente zusätzlich angeben:
 Nein Ja 8 Besteht für die versicherte Person schon eine Versicherung für den Fall der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit (auch Zusatzversicherung) Nein Ja

9 Bitte geben Sie zusätzlich an, ob weitere Leistungen für den Fall der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit erwartet werden:
 Sozialversicherung/Zusatzversorgung Beamten-/Sonstige Versorgung Betriebliche Altersversorgung

10 Wie hoch ist Ihr jährliches Brutto-Arbeitseinkommen? EUR

Zu den oben mit Ja beantworteten Fragen hier bitte folgende Angaben:
 -bei Frage 1+8: Name der Gesellschaft, Jahr der Antragstellung, Höhe der Versicherungssumme/Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente, Übernahmebedingungen (Erschwerung)
 -bei Frage 2: Welche Gefahren/nähere Angaben
 -bei Fragen 5-7: Welche Krankheit, Störung, Beschwerden ? / Wann ? Wie lange ? / Behandelnder Arzt / Krankenhaus (Anschrift) / Ergebnis ? Folgen ?

Frage-Nr.	für Person

Nein Ja Für die Gesundheitsfragen wurde zusätzlich ein gesondertes von der zu versichernden Person unterschriebenes Blatt verwendet: Nein Ja
 Nein Ja Es wurde eine ärztliche Untersuchung veranlasst: Nein Ja

Besondere Vereinbarungen (ggfs. gemäß Rahmenabkommen) / Diese werden nur gültig bei schriftlicher Bestätigung: Nur bei minderjährigen Versicherungsnehmern: mit dem Prämienzahler wird hiermit eine befreiende Schuldübernahme vereinbart
 Unterschrift des Prämienzahlers:

Legitimationsprüfung (siehe Rückseite; bei juristischen Personen bitte Beiblatt beifügen) Name, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und Anschrift des Antragstellers/ Versicherungsnehmers wurden auf Richtigkeit geprüft:

Personalausweis Nr.: gültig bis: Ausstellungsbehörde:
 Reisepass Geburtsort: Der Antragsteller/Prämienzahler handelt für eigene Rechnung. Falls nein: **Name und Anschrift für dessen Rechnung**

Vorläufiger Versicherungsschutz Zu der von mir beantragten Versicherung erhalte ich vorläufigen Versicherungsschutz gemäß den umseitigen Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung. Insoweit verzichte ich auf die Überlassung der für den vorläufigen Versicherungsschutz ebenfalls geltenden Versicherungsbedingungen für den von mir beantragten Versicherungsvertrag sowie der Verbraucherinformationen. Es gelten die auf der Vorderseite in den Bedingungen genannten Höchstleistungsgrenzen.

Unterschriften und Erklärungen der zu versichernden Person(en) und des Antragstellers

Meine Unterschrift gilt auch für die erteilte Lastschriftermächtigung. Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig beantwortet (vorvertragliche Anzeigepflicht). Ich weiß, dass die Gesellschaft bei einer Verletzung dieser Pflicht vom Vertrag zurücktreten und die Leistung verweigern kann. Die Gesellschaft kann bei einer Einflussnahme auf ihre Annahmementscheidung durch arglistige Täuschung den Vertrag auch anfechten. Nach der Antragstellung erstmals aufgetretene Erkrankungen, gesundheitliche Störungen oder Beschwerden sind nicht mehr anzeigepflichtig. Sollte jedoch zur Risikobeurteilung eine ärztliche Untersuchung erforderlich sein, so sind dem untersuchenden Arzt gegenüber auch etwa zwischen Antragstellung und dem Tag der Untersuchung erstmals aufgetretene Erkrankungen, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden anzugeben. Eine derartige Gefahrerhöhung ist anzeigepflichtig.

Ein Agent des Versicherers ist nur dann bevollmächtigt, Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen, wenn er den Versicherungsvertrag vermittelt hat oder laufend betreut. Für die von mir beantragte Versicherung gelten die im Versicherungsschein enthaltenen Angaben und Versicherungsbedingungen sowie Zusatzbestimmungen eines etwaigen zugrunde liegenden Rahmenabkommens. Die gesetzlich vorgesehene Verbraucherinformation ist in den Versicherungsbedingungen - die auf Wunsch auch sofort überlassen werden können - und dem Versicherungsschein enthalten. Ich erteile hiermit der Gesellschaft
 - die Ermächtigung zur Befragung über die Gesundheitsverhältnisse und entbinde die befragten Personen von der ärztlichen Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus
 - die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (siehe Rückseite).

Unterschriften

Ort/Datum	Antragsteller/in ggf. Firmenstempel (Versicherungsnehmer/in)	zu versichernde Person(en) sofern diese den Antrag nicht selbst stellen
Vermittler/in	Region	ggf. gesetzl. Vertreter/in ¹⁾
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¹⁾ sofern die zu versichernde Person bzw. der Antragsteller minderjährig ist

Versicherungsbedingungen/Widerspruchsrecht: Die Versicherungsbedingungen und ggf. weitere Informationen zum Versicherungsvertrag erhält der Antragsteller zusammen mit dem Versicherungsschein. Der Antragsteller kann dem Abschluss des Versicherungsvertrages jederzeit bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang der vorgenannten Unterlagen in Textform widersprechen; auf Einzelheiten dieses Widerspruchsrechts wird bei Übersendung des Versicherungsscheins gesondert hingewiesen.

Ermächtigung zur Befragung über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person(en)

Ich ermächtige die Gesellschaft, zur Überprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen, bei denen ich in Behandlung und Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen; dies gilt für die Zeit vor und die nächsten 3 Jahre (5 Jahre bei Vorliegen einer HIV-Infektion, bei Abschluss einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Versicherung) nach Abschluss des Vertrages.

Die Gesellschaft darf auch im Falle meines Todes die Ärzte, die die Todesursache festgestellt und die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersucht und/oder behandelt haben, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – über die Ursache und/oder die Krankheiten, die zu meinem Tode geführt haben, befragen.

Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit beansprucht, darf die Gesellschaft die in Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen für die genannten Zeiträume auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Ausmaß und Umfang sowie voraussichtliche bzw. bisherige Dauer der zur Berufs-/Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen befragen.

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

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 Anprüche an andere Versicherer und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer/Unternehmen des Gerling-Konzern meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

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

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehenen Zeitpunkt - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.

Gesetzlich vorgeschriebene Legitimationsprüfung (Gesetz über das Aufspüren von Gewinnen aus schweren Straftaten)

Es besteht eine Pflicht zur Identifizierung des Antragstellers/Versicherungsnehmers, wenn die laufende Prämie im Jahr 1.000 EUR oder die Einmalprämie bzw. die Einzahlung in das Prämiendepot 2.500 EUR übersteigt. Dynamische Verträge sind generell zu identifizieren.

Zu diesem Zweck ist anhand des gültigen Personalausweises oder des gültigen Reisepasses der Name, das Geburtsdatum, der Geburtsort, die Staatsangehörigkeit und die Anschrift der zu identifizierenden Person sowie Art, Nummer und ausstellende Behörde des amtlichen Ausweises festzuhalten. Die Identifizierung kann auch durch Übersendung einer beglaubigten Kopie des Personalausweises, bzw. Reisepasses erfolgen.

Bei Firmen ist eine natürliche Person, die für das Unternehmen zeichnungsberechtigt ist, zu identifizieren. Bei Minderjährigen ist der gesetzliche Vertreter zu identifizieren.

Wir können auf die Identifizierung verzichten, wenn der Antragsteller/Versicherungsnehmer uns eine Einzugsermächtigung für ein Konto bei einem Kreditinstitut in einem EU-Staat erteilt. Ist der Einzug der Prämie von dem uns benannten Konto nicht möglich, haben wir die Identifizierung anhand des Personalausweises, bzw. Reisepasses nachzuholen.

Lastschriftermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Prämien mittels Lastschrift zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Mit dieser Vollmacht wird entsprechend dem beantragten Versicherungsvertrag entweder der Versicherungsträger zum Prämieinzug ermächtigt oder - gemäß dem der Versicherung zugrunde liegenden Rahmenabkommen - der Vertragspartner bzw. die von ihm beauftragte Inkassostelle. Eine etwaige Gebühr für den Prämieinzug dieser Inkassostelle ist in der Prämie nicht enthalten.

Hinweise zum Dynamikrecht

Bei einer Versicherung gegen jährliche bzw. unterjährliche Prämienzahlung haben Sie das Recht auf die regelmäßige Erhöhung von Prämie und versicherter Leistung in dem im Versicherungsschein beschriebenen Umfang. Direkt- und Rückdeckungsversicherungen sind hiervon ausgenommen. Die Aktualisierung des Versicherungsschutzes ohne eine erneute Gesundheitsprüfung erfolgt während der Prämienzahlungsdauer, längstens bis zum 65. Lebensjahr. Die Anpassungen erfolgen – sofern keine andere Regelung getroffen wurde oder ein evtl. Rahmenabkommen eine andere Anpassungsform vorsieht – nach Erhöhungsform P2001. Vor jeder planmäßigen Erhöhung erhalten Sie eine Benachrichtigung über den aktualisierten Versicherungsschutz und die neue Prämie.

Sie können dann wählen, ob Sie die angebotene Erhöhung in diesem Umfang vornehmen möchten.

Falls vereinbart, wird - sofern Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung anerkannt oder festgestellt sind - auch nach Eintritt von Berufsunfähigkeit der Versicherungsschutz mit Ausnahme einer mitversicherten Berufsunfähigkeitsrente erhöht.

Es gelten die "Besonderen Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Prämien und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung".

Für Risikoversicherungen und selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherungen erfolgen die Anpassungen nach Erhöhungsform P (x%). Die letzte Anpassung erfolgt 5 Jahre vor Ablauf der Prämienzahlung, spätestens mit dem 50. Lebensjahr. Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten werden bedarfsabhängig erhöht. Es gelten die "Besonderen Bedingungen für die planmäßige bedarfsabhängige Erhöhung der Prämien und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung".

Hinweise zu der beruflichen Tätigkeit der zu versichernden Person

Personalverantwortung: Hierunter fallen neben den direkt unterstellten Personen auch diejenigen der darunter liegenden Hierarchieebenen.

Bürotätigkeit: Hierzu zählen sitzende Tätigkeiten im Büro, die weder körperliche Arbeiten enthalten noch einem ständigen Wechsel des Einsatzortes unterliegen.

Körperliche Tätigkeit: Hierzu zählen alle Tätigkeiten, die mit einer Kraftanstrengung verbunden sind.

Gerling-Konzern
Lebensversicherungs-AG

Sitz der Gesellschaft: Köln
Amtsgericht Köln, HRB 603

www.gerling.com/de

Zentrale Köln
Gereonshof
50670 Köln
Telefon (0221) 144-1, Telefax (0221) 144-3319

Deutsche Bank AG, Köln
BLZ 370 700 60 - Konto-Nr. 1128222

Niederlassung Wiesbaden
Hans-Bredow-Str. 1
65173 Wiesbaden
Telefon (0611) 795-0, Telefax (0611) 795-555

BHF-Bank Wiesbaden
BLZ 510 200 00 - Konto-Nr. 9-041609

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Björn Jansli

Vorstand: Norbert Heinen (Vors.)
Dr. Walter Botermann,
Lüder Mehren, Thomas Schulz,
Timothy J. Ward