

- Altersvorsorge
- Berufsunfähigkeitsschutz

- Pflege-Schutzbrief

Auch in Kombination
mit **ALfonds** oder
ALfonds^{Basis} möglich!

BU + OLGA

**Antrag auf Berufsunfähigkeits- und Pflegeschutz
zur finanziellen Absicherung Ihrer Zukunft.**

Zusätzliche Fragen bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente – einschließlich bestehender Anwartschaften – von mehr als 18.000 EUR

1. Haben Sie für den Fall der Berufs- oder Dienstunfähigkeit Renten zu erwarten nein ja, wie hoch, woher (z. B. betriebl. Altersversorgung, Versorgungswerke) _____
2. Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoeinkommen bzw. Gewinn vor Steuern in den letzten 3 Jahren? Jahr 20 EUR Jahr 20 EUR Jahr 20 EUR

Erklärungen zum Gesundheitszustand

Erläuterungen zur Angabe von evtl. durchgeführten genetischen Untersuchungen siehe Rückseite Ziffer II.4.

Antrag ohne ärztliche Untersuchung mit ärztlicher Untersuchung veranlasst am _____**Zeitlich befristete Fragen**

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden
- 1.1 der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlenkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe) nein ja
- 1.2 des Herzens oder der Kreislauforgane/Gefäße (auch Bluthochdruck [Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung) nein ja
- 1.5 der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen) nein ja
- 1.4 der Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; auch Sodbrennen, Magenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Blut im Stuhl) nein ja
- 1.5 des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung) nein ja
- 1.6.1 der Augen? Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit nein ja
Dioptrien links _____ rechts _____
- 1.6.2 andere Augenerkrankungen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung) nein ja
- 1.7 der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus]) nein ja
- 1.8 des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie) nein ja
- 1.9 der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (auch Meniskus-schaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie) nein ja
- 1.10 der Haut (auch Allergie) nein ja
- 1.11 der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen) nein ja
- 1.12 des Gehirns (auch Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz) oder der Nerven (auch Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose) nein ja
- 1.13 der Psyche (auch Angst-, Essstörung, Schlafstörung [mehr als 5-mal im Monat], Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) nein ja
- 1.14 Infektionskrankheiten (länger als 1 Monat oder mehr als 4-mal im Jahr) nein ja
- 1.15 Tumore (auch gutartige) oder Krebserkrankungen (auch Leukämie, Lymphome) nein ja

Zeitlich befristete Fragen

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. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? nein ja
7. Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt worden (auch Operationen, Strahlen-, Chemotherapie)? nein ja
8. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen? nein ja

Zeitlich unbefristete Frage

9. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus? nein ja

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand

10. Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, auch Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] angeben)? nein ja
11. Wie groß und schwer sind Sie? _____ cm _____ kg
12. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)? _____
 keiner

Geben Sie hier bitte Einzelheiten zu den Fragen 1. bis 10. 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, Psychologe, Krankengymnast, Heilpraktiker, Krankenhaus, Heilstätte (Name, Anschrift)?

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Erklärung für die ALTE LEIPZIGER: Zur Überprüfung meiner vor Vertragsabschluss gemachten Angaben zur Risikobeurteilung befreie ich die hier (im Abschnitt Angaben zur Risikobeurteilung) von mir genannten Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Der genaue Umfang meiner Erklärung befindet sich auf der Rückseite (Ziffer I.1.).

Erklärung für die HALLESCHER: Bitte teilen Sie uns mit, wie Ihre Angaben zum Vertragsschluss und im Leistungsfall ggf. geprüft werden sollen. (**Erklärung zur Schweigepflichtenbindung siehe Rückseite Ziffer III.6.**)

Dauerhafte Schweigepflichtenbindung für ein beschleunigtes Verfahren (jederzeit abänderbar)

Einzelfall-Schweigepflichtenbindung für jede Anfrage

Bitte beachten Sie, dass Sie uns mit Ihrer Unterschrift bereits jetzt eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht erteilen, soweit dies für die Bearbeitung dieses Antrags erforderlich ist (siehe ebenfalls auf der Rückseite).

Erklärung nach dem Geldwäschegesetz (Nicht erforderlich bei Basisrentenversicherungen, sonst bitte immer ausfüllen!)**I. Zu welchem Zweck wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen (Mehrfachnennungen möglich)?**

- Altersvorsorge Berufsunfähigkeitsabsicherung Hinterbliebenenversorgung Praxis- oder Firmengründung Darlehensabsicherung
- anderer Zweck _____

II. Identifizierung des Versicherungsnehmers

nicht erforderlich bei Einzugsermächtigung durch VN (weiter bei III.)

Ist der VN eine natürliche Person? ja nein (Druckstück pav 25 Abschnitt I ausfüllen und weiter bei III.) Personalausweis Reisepass Kopie - Vorder- und Rückseite - ist beigefügt (weiter bei III.) gültig bis _____

ausstellende Behörde, Ort _____ Ausweis-Nr. _____

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:

III. Wirtschaftlich Berechtigter (Erläuterungen siehe Rückseite Ziffer II.3.)1. Handelt der VN für einen wirtschaftlich Berechtigten? ja nein (weiter bei IV.)2. Ist der Berechtigte eine natürliche Person? ja nein (Druckstück pav 25 Abschnitt II ausfüllen und weiter bei IV.)

Titel, Vorname, Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit deutsch oder _____**IV. Zusätzliche Angaben bei einem Einmalbeitrag ab 250.000 EUR oder einem jährlichen Beitrag ab 60.000 EUR**

Woraus wird der Beitrag finanziert (Mehrfachnennungen möglich)? Bitte Nachweise beifügen.

Einkommen/Gewinn: _____ Unbedingt auch ausgeübten Beruf im Abschnitt Versicherungsnehmer angeben.
Wie hoch war das jährliche Bruttoeinkommen bzw. Gewinn vor Steuern des VN in den letzten 3 Jahren? Jahr 20 EUR Jahr 20 EUR Jahr 20 EUR

 Erbschaft Schenkung Kapitalvermögen Ablaufleistung aus einem anderen Versicherungsvertrag andere Herkunft _____

<input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung (unbedingt erforderlich)	Bis auf jederzeit möglichen Widerruf ermächtige ich die ALTE LEIPZIGER Leben und die HALLESCHER, nach Zustandekommen des jeweiligen Versicherungsvertrages die fälligen Beiträge von folgendem Konto abzubuchen (der Mindestbeitrag für die HALLESCHER beträgt 7,50 EUR, sonst nur jährliche Zahlweise).	<input type="checkbox"/> 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	

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.

Einwilligung zur Datenübermittlung bei Basisrentenversicherungen
Gesetzliche Voraussetzung für die einkommensteuerliche Berücksichtigung der Beiträge für Basisrentenversicherungen ist die Meldung dieser Beiträge an die zentrale Stelle. Ich willige ein, dass die dazu erforderlichen Daten (Name, Vertragsdaten, Steuer-Identifikationsnummer, geleistete Beiträge) über die zentrale Stelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) an die zuständige Finanzbehörde elektronisch übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass die steuerliche Berücksichtigung der Beiträge nicht gegeben ist, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder wenn ich die Einwilligung schriftlich widerrufe. Die nachgelagerte Besteuerung der späteren Leistungen erfolgt auch dann, wenn die Beiträge nicht steuerlich berücksichtigt wurden.

Steuer-Identifikationsnummer (Bitte immer angeben)

Mit den Anträgen bei der ALTE LEIPZIGER Leben und der HALLESCHER werden rechtlich selbständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen beantragt.

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 die Erklärung zum Datenschutz und zur Entbindung von der Schweigepflicht sowie zum Versicherungsnehmerwechsel (bei Tod des Versicherungsnehmers wird der Versicherte neuer Versicherungsnehmer). Dort finden Sie unter anderem Hinweise zum Widerrufsrecht (Ziffer I.2. bzw. III.9), zum vorläufigen Versicherungsschutz (Ziffer I.5), zur Nachversicherungs- und Ausbaugarantie (Ziffer I.5) und zu den Vertragsgrundlagen (Ziffer II.1. bzw. III.1). Sie machen mit Ihren Unterschriften die Erklärungen und Hinweise zum Inhalt dieses Antrags. Sie stimmen zu, dass der Versicherungsschutz zu Ihrem Vertrag bereits vor Ende der Widerrufsfrist beginnt, sofern der Versicherungsbeginn vor dem Ende dieser Frist liegt. Eine Durchschrift/Kopie wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.	Erklärung des Vermittlers Ich bestätige mit meiner Unterschrift auch, dass die ggf. erforderlichen Angaben zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz und die ggf. beigefügte Ausweiskopie mit dem Originalausweis übereinstimmen. <input type="checkbox"/> Der Versicherungsnehmer – sofern er eine natürliche Person ist – war bei der Identifizierung nicht persönlich anwesend.
--	--

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

Behlehung zur Anzeigepflichtverletzung

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem Versicherer schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Kommen nach Antragstellung erstmals weitere gefahrerhebliche Umstände (z. B. Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden) hinzu, besteht dafür keine Anzeigepflicht. Wenn der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. In diesem Fall sind auch neu hinzugekommene gefahrerhebliche Umstände anzeigepflichtig.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes
Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.
Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat der Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
■ weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
■ noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einem Lebensversicherungsvertrag haben Sie zusätzlich Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung
Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann er den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Ein Lebensversicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.
Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung
Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Das kann auch zur Leistungsfreiheit des Versicherers für schon eingetretene und künftige Versicherungsfälle führen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, kommt eine Vertragsänderung nicht in Betracht.
Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht wird der Versicherer Sie in seiner Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung der Rechte
Der Versicherer kann seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das vom Versicherer geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann der Versicherer nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
Der Versicherer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
Die Rechte des Versicherers zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen in der Lebensversicherung mit Ablauf von fünf Jahren, in der Krankenversicherung mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Anfechtung
Wenn Sie arglistig täuschen, kann der Versicherer den Vertrag anfechten.

6. Stellvertretung durch eine andere Person
Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte des Versicherers die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Bestätigung
Hiermit bestätige ich, dass ich die Behlehung zur Anzeigepflichtverletzung zur Kenntnis genommen habe.

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

Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten sowie besondere Hinweise

■ zum Berufsunfähigkeitsschutz

I. Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten

1. Erklärung zum Datenschutz und zur Entbindung von der Schweigepflicht

A. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Meine personenbezogenen Daten benötigt die ALTE LEIPZIGER insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch, zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht, zu meiner Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung meiner **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung, auf die bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden kann. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des BDSG erfasst werden (vgl. dazu Buchstabe B).

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere meine Gesundheitsdaten). Die ALTE LEIPZIGER darf sie im Regelfall nur verwenden, wenn ich zuvor hierzu ausdrücklich einwillige (vgl. dazu Buchstabe C).

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Buchstabe B und Buchstabe C ermögliche ich zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung bzw. Angebotsanforderung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht mir frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

B. Erklärung zur Verwendung meiner allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die ALTE LEIPZIGER.

2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung bzw. Angebotsanforderung genannt habe.

3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER Konzern, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung meiner Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.

4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an Rückversicherer zur dortigen Verwendung, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der von Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

5. durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb des ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER Konzerns, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

6. zur Verhinderung des Versicherungsmisbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung einer besonderen Konzerndatenbank, Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.

7. zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch die ALTE LEIPZIGER, andere Unternehmen im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER Konzern oder den für mich zuständigen Vermittler.

8. zur Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die ALTE LEIPZIGER selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER Konzern oder eine Auskunftsfirma (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).

9. zur Antrags-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die ALTE LEIPZIGER oder eine Auskunftsfirma eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

C. Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Die ALTE LEIPZIGER überprüft meine vor Vertragsabschluss gemachten Angaben zur Risikobeurteilung, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

Zu diesem Zweck **befreie ich** die hier (im Abschnitt Angaben zur Risikobeurteilung) von mir genannten Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer **Schweigepflicht**, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren – nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die ALTE LEIPZIGER bzw. ihre Mitarbeiter selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

In allen anderen Fällen werde ich von der ALTE LEIPZIGER informiert und vor Erhebung weiterer personenbezogener Daten erneut um eine Entbindung von der Schweigepflicht gebeten.

b) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die ALTE LEIPZIGER ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung gemäß Buchstabe C Ziffer 1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne des Buchstaben B hinsichtlich der Nr. 1 (Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen. An den PKV-Verband werden im Rahmen des Buchstaben B Nr. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Buchstabe B Nr. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Buchstabe B Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

D. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

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

Ich kann der Verarbeitung oder der Nutzung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung jederzeit widersprechen. Der Widerspruch bedarf keiner bestimmten Form und ist z. B. per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon möglich. Er ist zu richten an die ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G.

2. Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

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

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

ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel, Telefax 06171 24434, E-Mail: service@alte-leipzig.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bzw. 1/30 des Monatsbeitrags multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des Beitrags entnehmen Sie bitte den Vertragsunterlagen. Den gegebenenfalls vorhandenen Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginn der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

3. Vorläufiger Versicherungsschutz (VVS)

Der vorläufige Versicherungsschutz wird gemäß den Bedingungen für den VVS beantragt, sofern die Einzugsermächtigung erteilt oder der Einlösungsbeitrag gezahlt wurde. Die Höchstgrenzen der Leistungen sowie Beginn und Ende meines VVS ergeben sich aus diesen Bedingungen.

4. Versicherungsnehmerwechsel

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

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

5. Erklärung zur Nachversicherungs- und Ausbaugarantie (Anzeigepflichtverletzung)

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

II. Besondere Hinweise

1. Vertragsgrundlagen

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Ferner gelten für Ihre Versicherung(en) – außer diesem Antrag – die Allgemeinen Bedingungen, die Tarifbestimmungen, die Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz und unsere Satzung; ggf. auch die Zusatzbedingungen für die Dynamik, die Zusatzbedingungen für die Überschussverwendungsart »Investmentfonds« und die Bedingungen für die Zusatzversicherungen sowie Zusatzbestimmungen und Besondere Vereinbarungen. Diese erhalten Sie vor Antragstellung.

2. Besondere Vereinbarungen und Gebühren

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

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

3. Wirtschaftlich Berechtigter

Wirtschaftlich Berechtigter im Sinne des Geldwäschegesetzes ist diejenige natürliche Person, welche den VN letztlich veranlasst, den Vertrag abzuschließen oder unter deren Kontrolle er letztlich steht. Ein Unternehmen selbst fällt nicht unter den Begriff, sondern die an ihm beteiligten natürlichen Personen (siehe Auszug aus dem Geldwäschegesetz).

Übernimmt eine solche Person beispielsweise die Zahlung des Beitrags oder verlangt wegen einer Kreditvergabe die Abtretung oder Verpfändung der Rechte aus dem Vertrag, so ist sie wirtschaftlich Berechtigte. Bei der Bestellung eines Bezugsrechts zugunsten einer Person ist diese nur dann als wirtschaftlich Berechtigte anzusehen, sofern der Abschluss des Vertrages letztlich auf deren Veranlassung oder Kontrolle hin erfolgen soll.

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

1. bei Gesellschaften, die nicht an einem organisierten Markt im Sinne des § 2 Abs. 5 des Wertpapierhandelsgesetzes notiert sind und keinem dem Gemeinschaftsrecht entsprechenden Transparenzanforderungen im Hinblick auf Stimmrechtsanteile oder gleichwertigen internationalen Standards unterliegen, jede natürliche Person, welche unmittelbar oder mittelbar mehr als 25 Prozent der Kapitalanteile hält oder mehr als 25 Prozent der Stimmrechte kontrolliert,

■ zum Pflege-Schutzbrief (Tarif OLGA)

III. Besondere Hinweise und Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten

1. Allgemeine Vertragsbedingungen/Verbraucherinformation

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die gesetzliche Information nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung sowie der Hinweis auf das Widerrufsrecht müssen Ihnen von Ihrem Vermittler rechtzeitig vor Ihrer Vertragserklärung vollständig ausgehändigt werden.

Falls Sie auf die Aushändigung dieser Unterlagen zu diesem Zeitpunkt nicht ausdrücklich verzichtet haben, dann bestätigen Sie bitte den Erhalt der genannten Unterlagen auf der Empfangsbestätigung und senden Sie uns diese mit Ihrem Antrag zu.

2. Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

3. Anzeigepflicht (vorvertraglich)

Alle gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet und dabei auch von mir für unwesentlich, alters- oder geschlechtstypisch gehaltene Erkrankungen, Beschwerden oder Untersuchungen angegeben. Ich habe alle Fragen umfassend, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Liegen mir ärztliche Berichte, Atteste oder ähnliche Unterlagen vor, die meine Angaben ergänzen können, habe ich diese beigefügt. Dies erleichtert die Antragsprüfung und beschleunigt die Bearbeitung meines Antrags.

Die Anzeigepflicht gilt auch nach Abgabe meiner Vertragserklärung, wenn mich die HALLESCHER Krankenversicherung in Textform nach Gefahrumständen fragt, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer gefragt hat.

Bitte beachten Sie auch den gesonderten Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung.

4. Kundengeldsicherung

Versicherungsvertreter der HALLESCHER Krankenversicherung sind nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der Versicherungsnehmer an sie leistet, anzunehmen, es sei denn, die HALLESCHER Krankenversicherung hat dem Versicherungsvertreter eine schriftliche Vollmacht hierüber erteilt.

2. bei rechtsfähigen Stiftungen und Rechtsgestaltungen, mit denen treuhänderisch Vermögen verwaltet oder verteilt oder die Verwaltung oder Verteilung durch Dritte beauftragt wird, oder diesen vergleichbaren Rechtsformen,

a) jede natürliche Person, die 25 Prozent oder mehr des Vermögens kontrolliert,

b) jede natürliche Person, die als Begünstigte von 25 Prozent oder mehr des verwalteten Vermögens bestimmt worden ist,

c) die Gruppe von natürlichen Personen, zu deren Gunsten das Vermögen hauptsächlich verwaltet oder verteilt werden soll, sofern die natürliche Person, die Begünstigte des verwalteten Vermögens werden soll, noch nicht bestimmt ist.

4. Genetische Untersuchungen

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und diese nicht verlangen. Sie müssen uns jedoch Vorerkrankungen und Erkrankungen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzeigen, auch wenn in diesem Zusammenhang genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen wurden. Sie müssen uns jedoch keine genetischen Untersuchungen mitteilen, die allein mit dem Ziel vorgenommen wurden, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären. Diese Ausnahme von der Anzeigepflicht gilt nicht, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR Jahresrente vereinbart wird.

5. Versicherungen für Kinder unter 7 Jahren

Für sog. Kinderversicherungen gilt folgende Besonderheit: Bei Abschluss von Todesfallsummen 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 unweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

7. Beschwerdestellen

Sollten Sie einmal Grund zur Beschwerde haben, wenden Sie sich bitte an die ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel.

Darüber hinaus können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen –, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn wenden.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
Telefon 0800 3696000, Telefax 0800 3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

8. Gesetzlicher Sicherungsfonds

Um die Ansprüche unserer Kunden jederzeit erfüllen zu können, achten wir auf eine ausgewogene Mischung und Streuung der Kapitalanlagen. Rein spekulative Anlagen werden nicht getätigt. Darüber hinaus besteht zur Absicherung der Ansprüche aus Ihrer Versicherung ein gesetzlicher Sicherungsfonds (siehe §§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der Versicherten, der Bezugberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G. gehört diesem Sicherungsfonds an.

5. Einwilligung des Versicherers bei Taggeldversicherungen

Mir ist bekannt, dass der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Krankenhaus- und/oder Krankentagegeldversicherung und der Abschluss einer weiteren Versicherung für den Pflegefall bei einem Krankenversicherer nur mit Einwilligung der HALLESCHER Krankenversicherung möglich sind. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit ist die HALLESCHER Krankenversicherung gemäß § 28 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen und/oder ggf. die Leistung zu verweigern.

6. Erklärung zum Datenschutz und zur Entbindung von der Schweigepflicht

A. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Meine personenbezogenen Daten benötigt die HALLESCHER insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht, zu meiner Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung meiner **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es für die Begründung, Durchführung oder Beendigung eines rechtsgeschäftlichen oder rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisses erforderlich ist (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung, auf die bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden kann. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des BDSG erfasst werden (vgl. dazu Buchstabe B).

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere meine Gesundheitsdaten). Die HALLESCHER darf sie im Regelfall nur verwenden, wenn ich zuvor hierzu ausdrücklich einwillige (vgl. dazu Buchstabe C).

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Buchstabe B und Buchstabe C ermögliche ich zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht mir frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

B. Erklärung zur Verwendung meiner allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die HALLESCHÉ.

2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.

3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHÉ Konzern, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung meiner Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.

4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an Rückversicherer zur dortigen Verwendung, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der von Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

5. durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHÉ Konzerns, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung einer besonderen Konzerndatenbank, Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.

7. zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch die HALLESCHÉ, andere Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHÉ Konzern oder den für mich zuständigen Vermittler.

8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHÉ selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHÉ Konzern oder eine Auskunft (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).

9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHÉ oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

C. Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss und zur Prüfung der Leistungspflicht

Mir ist bekannt, dass die HALLESCHÉ meine vor Vertragsabschluss gemachten Angaben überprüft, soweit hierzu Anlass besteht und soweit dies zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsschlusses erforderlich ist.

Dauerhafte Schweigepflichtentbindung (erste Variante): Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren – nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die HALLESCHÉ bzw. ihre Mitarbeiter selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich Ärzte und Angehörige von Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflicht für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Die HALLESCHÉ wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Einzelfall-Schweigepflichtentbindung (zweite Variante): Eine dauerhafte Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall erklären, ob und inwieweit ich die entsprechenden Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde.

Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Variante zur Verzögerung der Antragsprüfung bzw. der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder Leistungsfreiheit führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Antragsprüfung nicht vornehmen lassen bzw. die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Unabhängig davon entbinde ich bereits jetzt die in diesem Antrag von mir genannten Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenanstalten, sowie die genannten Personenversicherer und gesetzlichen Krankenversicherungen ausdrücklich von der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass die HALLESCHÉ dort Auskünfte einholt, soweit dies für diese Antragsbearbeitung erforderlich ist.

2. Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die HALLESCHÉ ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

3. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung gemäß Buchstabe C Ziffer 1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne des Buchstaben B hinsichtlich der Nr. 1 (Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen. An den PKV-Verband werden im Rahmen des Buchstaben B Nr. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Buchstabe B Nr. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Buchstabe B Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

D. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

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

Ich kann der Verarbeitung oder der Nutzung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung jederzeit widersprechen. Der Widerspruch bedarf keiner bestimmten Form und ist z. B. per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon möglich. Er ist zu richten an die HALLESCHÉ Krankenversicherung a.G.

7. Versicherungsbeginn

Der Versicherungsbeginn kann nur zum 1. eines Monats, jedoch nicht rückwirkend beantragt und nicht länger als 6 Monate vorausdatiert werden.

8. Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Vertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer die Annahme des Vertrages in Textform erklärt hat. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages und ggf. nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

9. Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

HALLESCHÉ Krankenversicherung a.G.
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0711 6603-333

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und angezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ihre
HALLESCHÉ Krankenversicherung

Monatlicher Beitrag für Pflege-Schutzbrief (Tarif OLG)

Eintrittsalter	OLGA 900 EUR		OLGA 1.800 EUR		OLGA 3.600 EUR		OLGAaktiv 900 EUR		OLGAaktiv 1.800 EUR		OLGAaktiv 3.600 EUR		OLGAplus 900 EUR		OLGAplus 1.800 EUR		OLGAplus 3.600 EUR		OLGAextra 900 EUR		OLGAextra 1.800 EUR		OLGAextra 3.600 EUR	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0-16	1,26	1,26	2,52	2,52	5,04	5,04	2,52	2,52	5,04	5,04	10,08	10,08	3,18	3,18	6,36	6,36	12,72	12,72	3,96	3,96	7,92	7,92	15,84	15,84
17-20	1,74	1,62	3,48	3,24	6,96	6,48	2,88	2,46	5,76	4,92	11,52	9,84	3,42	2,88	6,84	5,76	13,68	11,52	4,08	3,60	8,16	7,20	16,32	14,40
21	2,28	3,54	4,56	7,08	9,12	14,16	5,04	7,44	10,08	14,88	20,16	29,76	6,06	9,18	12,12	18,36	24,24	36,72	6,72	10,20	13,44	20,40	26,88	40,80
22	2,34	3,72	4,68	7,44	9,36	14,88	5,28	7,86	10,56	15,72	21,12	31,44	6,36	9,72	12,72	19,44	25,44	38,88	7,08	10,74	14,16	21,48	28,32	42,96
23	2,46	3,90	4,92	7,80	9,84	15,60	5,52	8,28	11,04	16,56	22,08	33,12	6,66	10,20	13,32	20,40	26,64	40,80	7,44	11,34	14,88	22,68	29,76	45,36
24	2,58	4,08	5,16	8,16	10,32	16,32	5,82	8,76	11,64	17,52	23,28	35,04	7,02	10,80	14,04	21,60	28,08	43,20	7,86	12,00	15,72	24,00	31,44	48,00
25	2,70	4,32	5,40	8,64	10,80	17,28	6,12	9,24	12,24	18,48	24,48	36,96	7,38	11,40	14,76	22,80	29,52	45,60	8,28	12,66	16,56	25,32	33,12	50,64
26	2,82	4,50	5,64	9,00	11,28	18,00	6,48	9,72	12,96	19,44	25,92	38,88	7,80	12,00	15,60	24,00	31,20	48,00	8,70	13,32	17,40	26,64	34,80	53,28
27	3,00	4,74	6,00	9,48	12,00	18,96	6,84	10,26	13,68	20,52	27,36	41,04	8,22	12,66	16,44	25,32	32,88	50,64	9,18	14,04	18,36	28,08	36,72	56,16
28	3,12	4,98	6,24	9,96	12,48	19,92	7,20	10,80	14,40	21,60	28,80	43,20	8,70	13,32	17,40	26,64	34,80	53,28	9,66	14,82	19,32	29,64	38,64	59,28
29	3,30	5,28	6,60	10,56	13,20	21,12	7,56	11,34	15,12	22,68	30,24	45,36	9,12	14,04	18,24	28,08	36,48	56,16	10,20	15,60	20,40	31,20	40,80	62,40
30	3,48	5,52	6,96	11,04	13,92	22,08	7,98	11,94	15,96	23,88	31,92	47,76	9,66	14,82	19,32	29,64	38,64	59,28	10,74	16,44	21,48	32,88	42,96	65,76
31	3,66	5,82	7,32	11,64	14,64	23,28	8,40	12,60	16,80	25,20	33,60	50,40	10,14	15,60	20,28	31,20	40,56	62,40	11,34	17,28	22,68	34,56	45,36	69,12
32	3,84	6,12	7,68	12,24	15,36	24,48	8,88	13,26	17,76	26,52	35,52	53,04	10,68	16,38	21,36	32,76	42,72	65,52	11,94	18,18	23,88	36,36	47,76	72,72
33	4,02	6,42	8,04	12,84	16,08	25,68	9,36	13,92	18,72	27,84	37,44	55,68	11,28	17,22	22,56	34,44	45,12	68,88	12,54	19,14	25,08	38,28	50,16	76,56
34	4,20	6,78	8,40	13,56	16,80	27,12	9,84	14,64	19,68	29,28	39,36	58,56	11,82	18,12	23,64	36,24	47,28	72,48	13,20	20,10	26,40	40,20	52,80	80,40
35	4,44	7,08	8,88	14,16	17,76	28,32	10,32	15,42	20,64	30,84	41,28	61,68	12,48	19,08	24,96	38,16	49,92	76,32	13,92	21,12	27,84	42,24	55,68	84,48
36	4,68	7,44	9,36	14,88	18,72	29,76	10,86	16,20	21,72	32,40	43,44	64,80	13,14	20,04	26,28	40,08	52,56	80,16	14,64	22,20	29,28	44,40	58,56	88,80
37	4,92	7,80	9,84	15,60	19,68	31,20	11,46	17,04	22,92	34,08	45,84	68,16	13,80	21,06	27,60	42,12	55,20	84,24	15,42	23,34	30,84	46,68	61,68	93,36
38	5,16	8,22	10,32	16,44	20,64	32,88	12,00	17,88	24,00	35,76	48,00	71,52	14,52	22,14	29,04	44,28	58,08	88,56	16,20	24,54	32,40	49,08	64,80	98,16
39	5,40	8,64	10,80	17,28	21,60	34,56	12,66	18,78	25,32	37,56	50,64	75,12	15,24	23,22	30,48	46,44	60,96	92,88	17,04	25,74	34,08	51,48	68,16	102,96
40	5,70	9,06	11,40	18,12	22,80	36,24	13,26	19,74	26,52	39,48	53,04	78,96	16,02	24,42	32,04	48,84	64,08	97,68	17,88	27,06	35,76	54,12	71,52	108,24
41	5,94	9,54	11,88	19,08	23,76	38,16	13,98	20,70	27,96	41,40	55,92	82,80	16,86	25,62	33,72	51,24	67,44	102,48	18,78	28,44	37,56	56,88	75,12	113,76
42	6,24	9,96	12,48	19,92	24,96	39,84	14,70	21,72	29,40	43,44	58,80	86,88	17,70	26,94	35,40	53,88	70,80	107,76	19,74	29,82	39,48	59,64	78,96	119,28
43	6,60	10,50	13,20	21,00	26,40	42,00	15,42	22,86	30,84	45,72	61,68	91,44	18,66	28,26	37,32	56,52	74,64	113,04	20,76	31,32	41,52	62,64	83,04	125,28
44	6,90	11,04	13,80	22,08	27,60	44,16	16,26	24,00	32,52	48,00	65,04	96,00	19,62	29,70	39,24	59,40	78,48	118,80	21,84	32,94	43,68	65,88	87,36	131,76
45	7,26	11,58	14,52	23,16	29,04	46,32	17,10	25,20	34,20	50,40	68,40	100,80	20,64	31,20	41,28	62,40	82,56	124,80	22,98	34,62	45,96	69,24	91,92	138,48
46	7,62	12,12	15,24	24,24	30,48	48,48	17,94	26,52	35,88	53,04	71,76	106,08	21,66	32,76	43,32	65,52	86,64	131,04	24,18	36,36	48,36	72,72	96,72	145,44
47	8,04	12,78	16,08	25,56	32,16	51,12	18,90	27,84	37,80	55,68	75,60	111,36	22,80	34,44	45,60	68,88	91,20	137,76	25,44	38,22	50,88	76,44	101,76	152,88
48	8,46	13,44	16,92	26,88	33,84	53,76	19,92	29,28	39,84	58,56	79,68	117,12	24,00	36,24	48,00	72,48	96,00	144,96	26,82	40,14	53,64	80,28	107,28	160,56
49	8,88	14,10	17,76	28,20	35,52	56,40	20,94	30,78	41,88	61,56	83,76	123,12	25,26	38,10	50,52	76,20	101,04	152,40	28,20	42,24	56,40	84,48	112,80	168,96
50	9,36	14,82	18,72	29,64	37,44	59,28	22,08	32,34	44,16	64,68	88,32	129,36	26,64	40,02	53,28	80,04	106,56	160,08	29,70	44,40	59,40	88,80	118,80	177,60
51	9,84	15,60	19,68	31,20	39,36	62,40	23,28	34,08	46,56	68,16	93,12	136,32	28,08	42,12	56,16	84,24	112,32	168,48	31,32	46,74	62,64	93,48	125,28	186,96
52	10,38	16,38	20,76	32,76	41,52	65,52	24,54	35,82	49,08	71,64	98,16	143,28	29,64	44,34	59,28	88,68	118,56	177,36	33,06	49,14	66,12	98,28	132,24	196,56
53	10,92	17,28	21,84	34,56	43,68	69,12	25,92	37,74	51,84	75,48	103,68	150,96	31,26	46,74	62,52	93,48	125,04	186,96	34,86	51,78	69,72	103,56	139,44	207,12
54	11,52	18,18	23,04	36,36	46,08	72,72	27,36	39,78	54,72	79,56	109,44	159,12	33,00	49,20	66,00	98,40	132,00	196,80	36,78	54,54	73,56	109,08	147,12	218,16
55	12,18	19,14	24,36	38,28	48,72	76,56	28,86	41,94	57,72	83,88	115,44	167,76	34,80	51,90	69,60	103,80	139,20	207,60	38,82	57,48	77,64	114,96	155,28	229,92
56	12,84	20,22	25,68	40,44	51,36	80,88	30,48	44,22	60,96	88,44	121,92	176,88	36,78	54,72	73,56	109,44	147,12	218,88	41,04	60,66	82,08	121,32	164,16	242,64
57	13,56	21,30	27,12	42,60	54,24	85,20	32,28	46,68	64,56	93,36	129,12	186,72	38,88	57,72	77,76	115,44	155,52	230,88	43,38	64,02	86,76	128,04	173,52	256,08
58	14,34	22,50	28,68	45,00	57,36	90,00	34,14	49,32	68,28	98,64	136,56	197,28	41,16	60,96	82,32	121,92	164,64	243,84	45,90	67,56	91,80	135,12	183,60	270,24
59	15,18	23,76	30,36	47,52	60,72	95,04	36,12	52,08	72,24	104,16	144,48	208,32	43,56	64,44	87,12	128,88	174,24	257,76	48,54	71,40	97,08	142,80	194,16	285,60
60	16,02	25,08	32,04	50,16	64,08	100,32	38,28	55,08	76,56	110,16	153,12	220,32	46,14	68,16	92,28	136,32	184,56	272,64	51,42	75,48	102,84	150,96	205,68	301,92

ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit
 Alte Leipziger-Platz 1 · 61440 Oberursel
 Telefon 06171 66-00 · Telefax 06171 24434
 www.alte-leipziger.de · E-Mail: service@alte-leipziger.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Wolfgang Stertenbrink
 Vorstand: Dr. Walter Botermann (Vorsitzender), Otmar Abel (stv. Vorsitzender),
 Christoph Bohn, Frank Kettmaker, Reinhard Kunz, Wiltrud Pekarek
 Sitz Oberursel (Taunus) · Rechtsform Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
 Amtsgericht Bad Homburg v.d.H. HRB 1583 · St.Nr. 045 223 00421

HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
 Reinsburgstraße 70 · 70178 Stuttgart · Postanschrift 70166 Stuttgart
 www.hallesche.de · E-Mail: service@hallesche.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Wolfgang Stertenbrink
 Vorstand: Dr. Walter Botermann (Vorsitzender), Otmar Abel (stv. Vorsitzender),
 Christoph Bohn, Frank Kettmaker, Reinhard Kunz, Wiltrud Pekarek
 Sitz Stuttgart · Rechtsform Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
 Amtsgericht Stuttgart HRB 2686 · St.Nr. 99 136 0300 3 · UStID DE147802285
 Versicherungsleistungen sowie Umsätze aus Versicherungsvertreter-/Maklertätigkeiten
 sind umsatzsteuerfrei.

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung a. G.
Alte Leipziger-Platz 1 · 61440 Oberursel
service@alte-leipziger.de
www.alte-leipziger.de

HALLESCHER
Krankenversicherung a. G.
70166 Stuttgart
service@hallesche.de
www.hallesche.de