

Gr.-Nr.  
| | | | |

Antrag  
aufgenommen  
durch:

## Antrag auf klassische Privat-Rente

<b>Antragsteller/-in (Versicherungsnehmer)</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/>	Steuer-Identifikationsnummer (bei Sofort beginnende Renten zwingend anzugeben) <input type="text"/>
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Wohnort <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	

<b>Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/>	
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Wohnort <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	

Bitte lesen Sie vor Antragstellung die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zu dem jeweils hier beantragten Versicherungsschutz, die Allgemeinen Angaben über die steuerlichen Aspekte Ihrer Versorgung (Steuer2).

### Antrag auf

- Klassische Rentenversicherung mit Indexbeteiligung – KLASSIK MODERN**
- Allgemeine Bedingungen für die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung und Indexbeteiligung BED.IR.0123
  - Besondere Bedingungen für die Option auf erhöhte Rentenzahlung BED.PLUS.0122 (falls beantragt)
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
- Sofort beginnende Rentenversicherung**
- Allgemeine Bedingungen für die Rentenversicherung mit sofort beginnender Rentenzahlung BED.SRO.0125
  - Besondere Bedingungen für die Option auf erhöhte Rentenzahlung BED.PLUS.0122 (falls beantragt)

Es werden weiterhin folgende Zusatzversicherungen beantragt

- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- Allgemeine Bedingungen für Berufsunfähigkeitsleistungen BED.BU.0125
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
- Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- Allgemeine Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung BED.EUZ.0622
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

Gr.-Nr.  
| | | | |

Antrag  
aufgenommen  
durch:

Bitte dieses Feld nicht beschriften

## Antrag auf klassische Privat-Rente

<b>Antragsteller/-in (Versicherungsnehmer)</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/>	<b>Steuer-Identifikationsnummer</b> (bei Sofort beginnende Renten zwingend anzugeben) <input type="text"/>
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Wohnort <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	

<b>Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/>	
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Wohnort <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	

Bitte lesen Sie vor Antragstellung die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zu dem jeweils hier beantragten Versicherungsschutz, die Allgemeinen Angaben über die steuerlichen Aspekte Ihrer Versorgung (Steuer2).

## Antrag auf

- Klassische Rentenversicherung mit Indexbeteiligung – KLASSIK MODERN**
- Allgemeine Bedingungen für die Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung und Indexbeteiligung BED.IR.0123
  - Besondere Bedingungen für Versicherungen der Produktlinie NEXT BED.NEXT.0624
  - Besondere Bedingungen für die Option auf erhöhte Rentenzahlung BED.PLUS.0122 (falls beantragt)
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

Es werden weiterhin folgende Zusatzversicherungen beantragt

- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- Allgemeine Bedingungen für Berufsunfähigkeitsleistungen BED.BU.0125
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
- Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- Allgemeine Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung BED.EUZ.0622
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

Gr.-Nr.  
| | | | |

Antrag  
aufgenommen  
durch:

## Antrag auf fondsgebundene Privat-Rente

<b>Antragsteller/-in (Versicherungsnehmer)</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/>	Steuer-Identifikationsnummer (bei Sofort beginnende Renten zwingend anzugeben) <input type="text"/>
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Wohnort <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	

<b>Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/>	
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Wohnort <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	

Bitte lesen Sie vor Antragstellung die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zu dem jeweils hier beantragten Versicherungsschutz, die Allgemeinen Angaben über die steuerlichen Aspekte Ihrer Versorgung (Steuer5) und die Informationen zur Fondsauswahl (Fd.allg).

### Antrag auf

- Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN**
- Allgemeine Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie BED.FGR.0125
  - Besondere Bedingungen für die Option auf erhöhte Rentenzahlung BED.PLUS.0122 (falls beantragt)
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
- Fondsgebundene Rentenversicherung – FONDS PUR**
- Allgemeine Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung BED.FR.0125
  - Besondere Bedingungen für die Option auf erhöhte Rentenzahlung BED.PLUS.0122 (falls beantragt)
  - Besondere Bedingungen für den Fondsgebundenen Rentenbezug mit Fondsportfolio BED.FD2.0123 (falls beantragt)
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

### Es werden weiterhin folgende Zusatzversicherungen beantragt

- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- Allgemeine Bedingungen für Berufsunfähigkeitsleistungen BED.BU.0125
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
- Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- Allgemeine Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung BED.EUZ.0622
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

Gr.-Nr.  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Antrag  
aufgenommen  
durch:

Bitte dieses Feld nicht beschriften

## Antrag auf fondsgebundene Privat-Rente

<b>Antragsteller/-in (Versicherungsnehmer)</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/>	Steuer-Identifikationsnummer (bei Sofort beginnende Renten zwingend anzugeben) <input type="text"/>
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Wohnort <input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	

<b>Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/>	
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Wohnort <input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	

Bitte lesen Sie vor Antragstellung die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zu dem jeweils hier beantragten Versicherungsschutz, die Allgemeinen Angaben über die steuerlichen Aspekte Ihrer Versorgung (Steuer5) und die Informationen zur Fondsauswahl (Fd.allg).

### Antrag auf

**Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN**

- Allgemeine Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie BED.FGR.0125
- Besondere Bedingungen für Versicherungen der Produktlinie NEXT BED.NEXT.0624
- Besondere Bedingungen für die Option auf erhöhte Rentenzahlung BED.PLUS.0122 (falls beantragt)
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

**Fondsgebundene Rentenversicherung – FONDS PUR**

- Allgemeine Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung BED.FR.0125
- Besondere Bedingungen für Versicherungen der Produktlinie NEXT BED.NEXT.0624
- Besondere Bedingungen für die Option auf erhöhte Rentenzahlung BED.PLUS.0122 (falls beantragt)
- Besondere Bedingungen für den Fondsgebundenen Rentenbezug mit Fondsportfolio BED.FD2.0123 (falls beantragt)
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

### Es werden weiterhin folgende Zusatzversicherungen beantragt

**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**

- Allgemeine Bedingungen für Berufsunfähigkeitsleistungen BED.BU.0125
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

**Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung**

- Allgemeine Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung BED.EUZ.0622
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

Gr.-Nr.  
| | | | |

Antrag  
aufgenommen  
durch:

## Antrag auf fondsgebundene Privat-Rente

<b>Antragsteller/-in (Versicherungsnehmer)</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/>	Steuer-Identifikationsnummer (bei Sofort beginnende Renten zwingend anzugeben) <input type="text"/>
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Wohnort <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	

<b>Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/>	
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Wohnort <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	

Bitte lesen Sie vor Antragstellung die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zu dem jeweils hier beantragten Versicherungsschutz, die Allgemeinen Angaben über die steuerlichen Aspekte Ihrer Versorgung (Steuer5) und die Informationen zur Fondsauswahl (Fd.allg).

### Antrag auf

- Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN**
- Allgemeine Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie als betriebliche Altersversorgung BED.NFGR.0125
  - Besondere Bedingungen für die Option auf erhöhte Rentenzahlung BED.PLUS.0122 (falls beantragt)
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
- Fondsgebundene Rentenversicherung – FONDS PUR**
- Allgemeine Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung BED.FR.0125
  - Besondere Bedingungen für die Option auf erhöhte Rentenzahlung BED.PLUS.0122 (falls beantragt)
  - Besondere Bedingungen für den Fondsgebundenen Rentenbezug mit Fondsportfolio BED.FD2.0123 (falls beantragt)
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

### Es werden weiterhin folgende Zusatzversicherungen beantragt

- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- Allgemeine Bedingungen für Berufsunfähigkeitsleistungen BED.BU.0125
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
- Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- Allgemeine Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung BED.EUZ.0622
  - Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

Gr.-Nr.  
| | | | |

Antrag  
aufgenommen  
durch:

Bitte dieses Feld nicht beschriften

## Antrag auf fondsgebundene Privat-Rente

<b>Antragsteller/-in (Versicherungsnehmer)</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/>	Steuer-Identifikationsnummer (bei Sofort beginnende Renten zwingend anzugeben) <input type="text"/>
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Wohnort <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	

<b>Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)</b>	
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/>	
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>	
PLZ, Wohnort <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	

Bitte lesen Sie vor Antragstellung die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zu dem jeweils hier beantragten Versicherungsschutz, die Allgemeinen Angaben über die steuerlichen Aspekte Ihrer Versorgung (Steuer5) und die Informationen zur Fondsauswahl (Fd.allg).

### Antrag auf

**Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN**

- Allgemeine Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie als betriebliche Altersversorgung BED.NFGR.0125
- Besondere Bedingungen für Versicherungen der Produktlinie NEXT BED.NEXT.0624
- Besondere Bedingungen für die Option auf erhöhte Rentenzahlung BED.PLUS.0122 (falls beantragt)
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

**Fondsgebundene Rentenversicherung – FONDS PUR**

- Allgemeine Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung BED.FR.0125
- Besondere Bedingungen für Versicherungen der Produktlinie NEXT BED.NEXT.0624
- Besondere Bedingungen für die Option auf erhöhte Rentenzahlung BED.PLUS.0122 (falls beantragt)
- Besondere Bedingungen für den Fondsgebundenen Rentenbezug mit Fondsportfolio BED.FD2.0123 (falls beantragt)
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

### Es werden weiterhin folgende Zusatzversicherungen beantragt

**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**

- Allgemeine Bedingungen für Berufsunfähigkeitsleistungen BED.BU.0125
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

**Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung**

- Allgemeine Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung BED.EUZ.0622
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0623 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)

# Klassische Rentenversicherung mit Indexbeteiligung – KLASSIK MODERN

Versicherungsbeginn	<input type="text"/>	jährlicher Indexstichtag	<input type="text" value="01.08."/>
Anspardauer	bis zum <input type="text"/>	Beitragszahlungsdauer (falls abweichend) bis zum	<input type="text"/>
<b>Klassische Rentenversicherung</b> mit Indexbeteiligung	<input type="text" value=""/>		
<b>Gewählter Index</b> DAX® abweichend <input type="checkbox"/> DAX® RC 10 <input type="checkbox"/> EURO STOXX 50®			
<b>Verwendung der jährlichen Überschussanteile</b>			
Beteiligung am gewählten Index ("INDEX CHANCE")			
abweichend <input type="checkbox"/> Beteiligung am gewählten Index mit Mindestrendite ("INDEX ZINS")			
<input type="checkbox"/> Gutschrift der Überschüsse ("KLASSIK ZINS") und Ausschluss der Indexbeteiligung			
<b>Organperson (nur bei bAV)</b> <input type="checkbox"/> Die versicherte Person ist Mitglied des Geschäftsführungorgans.			
<b>Garantierte Monatsrente zum Ende der Anspardauer</b>	<input type="text"/>	EUR lebenslang, abweichend <input type="checkbox"/> ab Rentenbeginn begrenzt auf <input type="text"/>	Jahre
		garantierte Rentensteigerung	<input type="text"/>
			% (1,0-3,0 %)
<b>Kapitalabfindung zum Ende der Anspardauer</b>	<input type="text"/>	EUR	
<b>Todesfallleistung - in der Anspardauer</b>	Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge, abweichend <input type="checkbox"/> erhöhte Leistung (100 % des Wertes der Versicherung, mindestens Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge)		
<b>- im Rentenbezug</b>	Rückgewähr des Restkapitals, wenn keine erhöhte Rente („RENTE PLUS“) gezahlt wird,		
	abweichend <input type="text"/>	Jahre Garantiezeit oder	<input type="checkbox"/> keine Todesfallleistung
<b>RENTE PLUS</b>	<input type="checkbox"/> Option auf erhöhte Rentenzahlung		
<b>Rentenbezugsform/ Überschussverwendung im Rentenbezug</b>	<b>klassischer Rentenbezug:</b> dynamische Zusatzrente, abweichend <input type="checkbox"/> teildynamische Zusatzrente <input type="checkbox"/> nicht-dynamische Zusatzrente		
<b>Planmäßige Erhöhung</b>	Es wird eine planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur gleichmäßigen Erhöhung der Altersrente und der Todesfallleistung vereinbart. Grundlage ist der Erhöhungssatz der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung (West). Die Mindesterhöhung beträgt 18 Euro pro Jahr. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist eine planmäßige Anpassung nicht möglich.		
	<input type="checkbox"/> Abweichend gilt ein konstanter Prozentsatz in Höhe von <input type="text"/>	% (3 - 10%).	<input type="checkbox"/> keine Erhöhung der Hauptversicherung gewünscht
<b>Bezugsberechtigung Im Erlebensfall</b>	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>		
<b>Im Todesfall</b>	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>		
<b>Bitte beachten Sie Folgendes</b> (gilt nicht für Rückdeckungsversicherungen):			
Wenn Sie sich für eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente entschieden haben, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten im Erlebensfall Folgendes: Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person sind, können Sie als Bezugsberechtigten nur die versicherte Person benennen oder einen Angehörigen der versicherten Person.			
Sollte der Bezugsberechtigte die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Benennung unwirksam sein. Nähere Informationen hierzu und eine Auflistung der Personen, die zu den Angehörigen der versicherten Person gehören, finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“			
Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall um einen Angehörigen der versicherten Person, wie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ beschrieben, handelt.			
Abweichend: <input type="checkbox"/> Bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall handelt es sich um keinen Angehörigen der versicherten Person.			
<b>Besondere Vereinbarungen</b>	<input type="text"/>		
<b>Angabe der zu versichernden Person</b>			
<b>Eine Beantwortung ist nur notwendig, wenn die Option auf erhöhte Rente („RENTE PLUS“) eingeschlossen wird und die Anspardauer unter 10 Jahren liegt.</b>			
<b>Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</b>			
Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Falls Sie die Frage mit "ja" beantworten, reichen Sie uns bitte einen Antrag auf eine Rentenversicherung ohne Option auf erhöhte Rente ein.			

<b>Versicherungsbeginn</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	jährlicher Indexstichtag	<input style="width: 95%;" type="text" value="01.08."/>
<b>Anspardauer</b>	bis zum <input style="width: 150px;" type="text"/>	<b>Beitragszahlungsdauer</b> (falls abweichend) bis zum	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<b>Klassische Rentenversicherung</b> mit Indexbeteiligung <span style="float: right;"><input style="width: 100px;" type="text" value=" /"/></span> <b>Gewählter Index</b> MSCI World SRI <b>Verwendung der jährlichen Überschussanteile</b> Beteiligung am gewählten Index ("INDEX CHANCE") abweichend <input type="checkbox"/> Beteiligung am gewählten Index mit Mindestrendite ("INDEX ZINS") <input type="checkbox"/> Gutschrift der Überschüsse ("KLASSIK ZINS") und Ausschluss der Indexbeteiligung			
<b>Organperson (nur bei bAV)</b>	<input type="checkbox"/> Die versicherte Person ist Mitglied des Geschäftsführungsorgans.		
<b>Garantierte Monatsrente zum Ende der Anspardauer</b>	<input style="width: 150px;" type="text"/> EUR	lebenslang, abweichend <input type="checkbox"/> ab Rentenbeginn begrenzt auf <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre	garantierte Rentensteigerung <input style="width: 50px;" type="text"/> % (1,0-3,0 %)
<b>Kapitalabfindung zum Ende der Anspardauer</b>	<input style="width: 150px;" type="text"/> EUR		
<b>Todesfallleistung - in der Anspardauer</b>	Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge, abweichend <input type="checkbox"/> erhöhte Leistung (100 % des Wertes der Versicherung, mindestens Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge)		
<b>- im Rentenbezug</b>	Rückgewähr des Restkapitals, wenn keine erhöhte Rente („RENTE PLUS“) gezahlt wird, abweichend <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre Garantiezeit oder <input type="checkbox"/> keine Todesfallleistung		
<b>RENTE PLUS</b>	<input type="checkbox"/> Option auf erhöhte Rentenzahlung		
<b>Rentenbezugsform/ Überschussverwendung im Rentenbezug</b>	<b>klassischer Rentenbezug:</b> dynamische Zusatzrente, abweichend <input type="checkbox"/> teildynamische Zusatzrente <input type="checkbox"/> nicht-dynamische Zusatzrente		
<b>Planmäßige Erhöhung</b>	Es wird eine planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur gleichmäßigen Erhöhung der Altersrente und der Todesfallleistung vereinbart. Grundlage ist der Erhöhungssatz der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung (West). Die Mindestserhöhung beträgt 18 Euro pro Jahr. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist eine planmäßige Anpassung nicht möglich. <input type="checkbox"/> Abweichend gilt ein konstanter Prozentsatz in Höhe von <input style="width: 50px;" type="text"/> % (3 - 10%). <input type="checkbox"/> keine Erhöhung der Hauptversicherung gewünscht		
<b>Bezugsberechtigung</b>			
<b>Im Erlebensfall</b>	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input style="width: 400px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>		
<b>Im Todesfall</b>	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input style="width: 400px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>		
<b>Bitte beachten Sie Folgendes</b> (gilt nicht für Rückdeckungsversicherungen): Wenn Sie sich für eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente entschieden haben, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten im Erlebensfall Folgendes: Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person sind, können Sie als Bezugsberechtigten nur die versicherte Person benennen oder einen Angehörigen der versicherten Person. Sollte der Bezugsberechtigte die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Benennung unwirksam sein. Nähere Informationen hierzu und eine Auflistung der Personen, die zu den Angehörigen der versicherten Person gehören, finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall um einen Angehörigen der versicherten Person, wie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ beschrieben, handelt. Abweichend: <input type="checkbox"/> Bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall handelt es sich um keinen Angehörigen der versicherten Person.			
<b>Besondere Vereinbarungen</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
<b>Angabe der zu versichernden Person</b> Eine Beantwortung ist nur notwendig, wenn die Option auf erhöhte Rente („RENTE PLUS“) eingeschlossen wird und die Anspardauer unter 10 Jahren liegt. Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden. Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> Falls Sie die Frage mit "ja" beantworten, reichen Sie uns bitte einen Antrag auf eine Rentenversicherung ohne Option auf erhöhte Rente ein.			



# Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN

<b>Versicherungsbeginn</b>	<input type="text"/>
<b>Aufschubzeit</b>	bis zum <input type="text"/> <b>Beitragszahlungsdauer</b> (falls abweichend) bis zum <input type="text"/>
<b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b> mit Garantie – FONDS MODERN	<input type="checkbox"/> GARANTIE PLUS <input type="text"/> / FGR
<b>nur bei bAV</b> <input type="checkbox"/> Die versicherte Person ist Mitglied des Geschäftsführungsorgans des Antragstellers.	
<b>Garantierte Monatsrente zum Ende der Aufschubzeit</b>	<input type="text"/> EUR
<b>Zum Ende der Aufschubzeit stehen mindestens <input type="text"/> % (50-80 %) der eingezahlten Hauptversicherungsbeiträge zur Verfügung.</b>	
<b>Rentenzahlung</b>	lebenslang, abweichend <input type="checkbox"/> ab Rentenbeginn begrenzt auf <input type="text"/> Jahre garantierte Rentensteigerung um <input type="text"/> % (1,0-3,0%)
<b>Todesfallleistung</b> <b>- in der Aufschubzeit</b>	Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge, abweichend <input type="checkbox"/> erhöhte Leistung (100 % des Wertes der Versicherung, mind. Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge)
<b>- im Rentenbezug</b>	Rückgewähr des Restkapitals, wenn keine erhöhte Rente („RENTE PLUS“) gezahlt wird, abweichend <input type="text"/> Jahre Garantiezeit oder <input type="checkbox"/> keine Todesfallleistung
<b>RENTE PLUS</b>	<input type="checkbox"/> Option auf erhöhte Rentenzahlung (nur mit klassischem Rentenbezug)
<b>Rentenbezugsform/ Überschussverwendung im Rentenbezug</b>	<b>Fondsgebundener Rentenbezug</b> abweichend <input type="checkbox"/> <b>Klassischer Rentenbezug:</b> dynamische Zusatzrente, abweichend <input type="checkbox"/> teildynamische Zusatzrente <input type="checkbox"/> nicht-dynamische Zusatzrente
<b>Planmäßige Erhöhung</b>	Es wird eine planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur gleichmäßigen Erhöhung des Sparbeitrags und der Todesfallleistung vereinbart. Grundlage ist der Erhöhungssatz der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung (West). Die Mindesterhöhung beträgt 18 Euro pro Jahr. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist eine planmäßige Anpassung nicht möglich. <input type="checkbox"/> Abweichend gilt ein konstanter Prozentsatz in Höhe von <input type="text"/> % (3 - 10 %). <input type="checkbox"/> keine Erhöhung der Hauptversicherung gewünscht
<b>Bezugsberechtigung</b> <b>Im Erlebensfall</b>	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>
<b>Im Todesfall</b>	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>
<b>Bitte beachten Sie Folgendes</b> (gilt nicht für Rückdeckungsversicherungen): Wenn Sie sich für eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente entschieden haben, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten im Erlebensfall Folgendes: Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person sind, können Sie als Bezugsberechtigten nur die versicherte Person benennen oder einen Angehörigen der versicherten Person. Sollte der Bezugsberechtigte die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Benennung unwirksam sein. Nähere Informationen hierzu und eine Auflistung der Personen, die zu den Angehörigen der versicherten Person gehören, finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall um einen Angehörigen der versicherten Person, wie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ beschrieben, handelt. Abweichend: <input type="checkbox"/> Bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall handelt es sich um keinen Angehörigen der versicherten Person.	
<b>Besondere Vereinbarungen</b>	<input type="text"/>
<b>Bitte die „Wichtigen Informationen zur Fondsgebundenen Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN“ unterschrieben beifügen.</b>	
<b>Angabe der zu versichernden Person</b> <b>Eine Beantwortung ist nur notwendig, wenn die Option auf erhöhte Rente („RENTE PLUS“) eingeschlossen wird und die Aufschubzeit unter 10 Jahren liegt.</b> <b>Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</b> Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls Sie die Frage mit „ja“ beantworten, reichen Sie uns bitte einen Antrag auf eine Rentenversicherung ohne Option auf erhöhte Rente ein.	

<b>Versicherungsbeginn</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
<b>Aufschubzeit</b>	bis zum <input style="width: 150px;" type="text"/>	<b>Beitragszahlungsdauer</b> (falls abweichend) bis zum	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<b>Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN</b>		<input type="checkbox"/> GARANTIE PLUS	<input style="width: 50px;" type="text"/> / FGR
<b>nur bei BAV</b>			
<input type="checkbox"/> Die versicherte Person ist Mitglied des Geschäftsführungsorgans des Antragstellers.			
<b>Garantierte Monatsrente zum Ende der Aufschubzeit</b>		<input style="width: 150px;" type="text"/>	EUR
<b>Zum Ende der Aufschubzeit stehen mindestens <input style="width: 50px;" type="text"/> % (50-80 %) der eingezahlten Hauptversicherungsbeiträge zur Verfügung.</b>			
<b>Rentenzahlung</b>	lebenslang, abweichend <input type="checkbox"/> ab Rentenbeginn begrenzt auf <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre		garantierte Rentensteigerung um <input style="width: 50px;" type="text"/> % (1,0-3,0%)
<b>Todesfallleistung - in der Aufschubzeit</b>	Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge, abweichend <input type="checkbox"/> erhöhte Leistung (100 % des Wertes der Versicherung, mind. Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge)		
<b>- im Rentenbezug</b>	Rückgewähr des Restkapitals, wenn keine erhöhte Rente („RENTE PLUS“) gezahlt wird, abweichend <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre Garantiezeit oder <input type="checkbox"/> keine Todesfallleistung		
<b>RENTE PLUS</b>	<input type="checkbox"/> Option auf erhöhte Rentenzahlung (nur mit klassischem Rentenbezug)		
<b>Rentenbezugsform/ Überschussverwendung im Rentenbezug</b>	<b>Fondsgebundener Rentenbezug abweichend</b> <input type="checkbox"/> <b>Klassischer Rentenbezug:</b> dynamische Zusatzrente, abweichend <input type="checkbox"/> teildynamische Zusatzrente <input type="checkbox"/> nicht-dynamische Zusatzrente		
<b>Planmäßige Erhöhung</b>	Es wird eine planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur gleichmäßigen Erhöhung des Sparbeitrags und der Todesfallleistung vereinbart. Grundlage ist der Erhöhungssatz der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung (West). Die Mindesthöhung beträgt 18 Euro pro Jahr. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist eine planmäßige Anpassung nicht möglich. <input type="checkbox"/> Abweichend gilt ein konstanter Prozentsatz in Höhe von <input style="width: 50px;" type="text"/> % (3 - 10 %). <input type="checkbox"/> keine Erhöhung der Hauptversicherung gewünscht		
<b>Bezugsberechtigung</b>			
<b>Im Erlebensfall</b>	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input style="width: 400px;" type="text"/>		
<b>Im Todesfall</b>	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input style="width: 400px;" type="text"/>		
<b>Bitte beachten Sie Folgendes</b> (gilt nicht für Rückdeckungsversicherungen):			
Wenn Sie sich für eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente entschieden haben, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten im Erlebensfall Folgendes: Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person sind, können Sie als Bezugsberechtigten nur die versicherte Person benennen oder einen Angehörigen der versicherten Person.			
Sollte der Bezugsberechtigte die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Benennung unwirksam sein. Nähere Informationen hierzu und eine Auflistung der Personen, die zu den Angehörigen der versicherten Person gehören, finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“			
Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall um einen Angehörigen der versicherten Person, wie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ beschrieben, handelt.			
Abweichend: <input type="checkbox"/> Bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall handelt es sich um keinen Angehörigen der versicherten Person.			
<b>Besondere Vereinbarungen</b>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>		
<b>Bitte die „Wichtigen Informationen zur Fondsgebundenen Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN“ unterschrieben beifügen.</b>			
<b>Angabe der zu versichernden Person</b>			
<b>Eine Beantwortung ist nur notwendig, wenn die Option auf erhöhte Rente („RENTE PLUS“) eingeschlossen wird und die Aufschubzeit unter 10 Jahren liegt.</b>			
<b>Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</b>			
Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>			
Falls Sie die Frage mit „ja“ beantworten, reichen Sie uns bitte einen Antrag auf eine Rentenversicherung ohne Option auf erhöhte Rente ein.			

# Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN

<b>Versicherungsbeginn</b>	<input type="text"/>
<b>Aufschubzeit</b>	bis zum <input type="text"/> <b>Beitragszahlungsdauer</b> (falls abweichend) bis zum <input type="text"/>
<b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b> mit Garantie – FONDS MODERN	<input type="checkbox"/> GARANTIE PLUS <input type="text"/> / NFRG
<b>nur bei bAV</b> <input type="checkbox"/> Die versicherte Person ist Mitglied des Geschäftsführungsorgans des Antragstellers.	
<b>Garantierte Monatsrente zum Ende der Aufschubzeit</b>	<input type="text"/> EUR
<b>Zum Ende der Aufschubzeit stehen mindestens <input type="text"/> % (50-80 %) der eingezahlten Hauptversicherungsbeiträge zur Verfügung.</b>	
<b>Rentenzahlung</b>	lebenslang, abweichend <input type="checkbox"/> ab Rentenbeginn begrenzt auf <input type="text"/> Jahre garantierte Rentensteigerung um <input type="text"/> % (1,0-3,0%)
<b>Todesfallleistung - in der Aufschubzeit</b>	Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge, abweichend <input type="checkbox"/> erhöhte Leistung (100 % des Wertes der Versicherung, mind. Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge)
<b>- im Rentenbezug</b>	Rückgewähr des Restkapitals, wenn keine erhöhte Rente („RENTE PLUS“) gezahlt wird, abweichend <input type="text"/> Jahre Garantiezeit oder <input type="checkbox"/> keine Todesfallleistung
<b>RENTE PLUS</b>	<input type="checkbox"/> Option auf erhöhte Rentenzahlung (nur mit klassischem Rentenbezug)
<b>Rentenbezugsform/ Überschussverwendung im Rentenbezug</b>	<b>Fondsgebundener Rentenbezug</b> abweichend <input type="checkbox"/> <b>Klassischer Rentenbezug:</b> dynamische Zusatzrente, abweichend <input type="checkbox"/> teildynamische Zusatzrente <input type="checkbox"/> nicht-dynamische Zusatzrente
<b>Planmäßige Erhöhung</b>	Es wird eine planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur gleichmäßigen Erhöhung des Sparbeitrags und der Todesfallleistung vereinbart. Grundlage ist der Erhöhungssatz der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung (West). Die Mindesterhöhung beträgt 18 Euro pro Jahr. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist eine planmäßige Anpassung nicht möglich. <input type="checkbox"/> Abweichend gilt ein konstanter Prozentsatz in Höhe von <input type="text"/> % (3 - 10 %). <input type="checkbox"/> keine Erhöhung der Hauptversicherung gewünscht
<b>Bezugsberechtigung</b>	
<b>Im Erlebensfall</b>	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>
<b>Im Todesfall</b>	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>
<b>Bitte beachten Sie Folgendes</b> (gilt nicht für Rückdeckungsversicherungen): Wenn Sie sich für eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente entschieden haben, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten im Erlebensfall Folgendes: Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person sind, können Sie als Bezugsberechtigten nur die versicherte Person benennen oder einen Angehörigen der versicherten Person. Sollte der Bezugsberechtigte die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Benennung unwirksam sein. Nähere Informationen hierzu und eine Auflistung der Personen, die zu den Angehörigen der versicherten Person gehören, finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall um einen Angehörigen der versicherten Person, wie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ beschrieben, handelt. Abweichend: <input type="checkbox"/> Bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall handelt es sich um keinen Angehörigen der versicherten Person.	
<b>Besondere Vereinbarungen</b>	<input type="text"/>
<b>Bitte die „Wichtigen Informationen zur Fondsgebundenen Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN“ unterschrieben beifügen.</b>	
<b>Angabe der zu versichernden Person</b> <b>Eine Beantwortung ist nur notwendig, wenn die Option auf erhöhte Rente („RENTE PLUS“) eingeschlossen wird und die Aufschubzeit unter 10 Jahren liegt.</b> <b>Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</b> Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls Sie die Frage mit „ja“ beantworten, reichen Sie uns bitte einen Antrag auf eine Rentenversicherung ohne Option auf erhöhte Rente ein.	

<b>Versicherungsbeginn</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
<b>Aufschubzeit</b>	bis zum <input style="width: 150px;" type="text"/>	<b>Beitragszahlungsdauer</b> (falls abweichend) bis zum	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<b>Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN</b>		<input type="checkbox"/> GARANTIE PLUS	/ NFRG
<b>nur bei BAV</b>			
<input type="checkbox"/> Die versicherte Person ist Mitglied des Geschäftsführungsorgans des Antragstellers.			
<b>Garantierte Monatsrente zum Ende der Aufschubzeit</b>		<input style="width: 150px;" type="text"/>	EUR
<b>Zum Ende der Aufschubzeit stehen mindestens <input style="width: 50px;" type="text"/> % (50-80 %) der eingezahlten Hauptversicherungsbeiträge zur Verfügung.</b>			
<b>Rentenzahlung</b>	lebenslang, abweichend <input type="checkbox"/> ab Rentenbeginn begrenzt auf <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre		
	garantierte Rentensteigerung um <input style="width: 50px;" type="text"/> % (1,0-3,0%)		
<b>Todesfallleistung - in der Aufschubzeit</b>	Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge, abweichend <input type="checkbox"/> erhöhte Leistung (100 % des Wertes der Versicherung, mind. Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge)		
<b>- im Rentenbezug</b>	Rückgewähr des Restkapitals, wenn keine erhöhte Rente („RENTE PLUS“) gezahlt wird, abweichend <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre Garantiezeit oder <input type="checkbox"/> keine Todesfallleistung		
<b>RENTE PLUS</b>	<input type="checkbox"/> Option auf erhöhte Rentenzahlung (nur mit klassischem Rentenbezug)		
<b>Rentenbezugsform/ Überschussverwendung im Rentenbezug</b>	<b>Fondsgebundener Rentenbezug abweichend</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>Klassischer Rentenbezug:</b> dynamische Zusatzrente, abweichend <input type="checkbox"/> teildynamische Zusatzrente <input type="checkbox"/> nicht-dynamische Zusatzrente		
<b>Planmäßige Erhöhung</b>	Es wird eine planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur gleichmäßigen Erhöhung des Sparbeitrags und der Todesfallleistung vereinbart. Grundlage ist der Erhöhungssatz der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung (West). Die Mindesthöhung beträgt 18 Euro pro Jahr. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist eine planmäßige Anpassung nicht möglich.		
	<input type="checkbox"/> Abweichend gilt ein konstanter Prozentsatz in Höhe von <input style="width: 50px;" type="text"/> % (3 - 10 %).		<input type="checkbox"/> keine Erhöhung der Hauptversicherung gewünscht
<b>Bezugsberechtigung</b>			
<b>Im Erlebensfall</b>	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input style="width: 400px;" type="text"/>		
<b>Im Todesfall</b>	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input style="width: 400px;" type="text"/>		
<b>Bitte beachten Sie Folgendes</b> (gilt nicht für Rückdeckungsversicherungen):			
Wenn Sie sich für eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente entschieden haben, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten im Erlebensfall Folgendes: Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person sind, können Sie als Bezugsberechtigten nur die versicherte Person benennen oder einen Angehörigen der versicherten Person.			
Sollte der Bezugsberechtigte die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Benennung unwirksam sein. Nähere Informationen hierzu und eine Auflistung der Personen, die zu den Angehörigen der versicherten Person gehören, finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“			
Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall um einen Angehörigen der versicherten Person, wie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ beschrieben, handelt.			
Abweichend: <input type="checkbox"/> Bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall handelt es sich um keinen Angehörigen der versicherten Person.			
<b>Besondere Vereinbarungen</b>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>		
<b>Bitte die „Wichtigen Informationen zur Fondsgebundenen Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN“ unterschrieben beifügen.</b>			
<b>Angabe der zu versichernden Person</b>			
Eine Beantwortung ist nur notwendig, wenn die Option auf erhöhte Rente („RENTE PLUS“) eingeschlossen wird und die Aufschubzeit unter 10 Jahren liegt.			
<b>Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</b>			
Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>			
Falls Sie die Frage mit "ja" beantworten, reichen Sie uns bitte einen Antrag auf eine Rentenversicherung ohne Option auf erhöhte Rente ein.			

# Fondsportfolio – FONDS MODERN

Erläuterungen und Fondsnummern zu unserem Fondsangebot finden Sie in den „Informationen zur Fondsauswahl“.

**Themen-Portfolios** (nur ein Portfolio anwählbar)

- TOP STARS
- ETF
- KLASSIKER

**freie Fondsauswahl** (Die Summe muss 100 % ergeben, mindestens 5 % je Fonds, maximal 10 Fonds)

<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>

**Startmanagement (Einmalbeiträge)**

Bei der Zahlung eines Einmalbeitrags wird für das erste Jahr der Vertragslaufzeit die Fondsquote im ersten Monat auf 1/12 begrenzt. Diese Obergrenze wird monatlich um 1/12 angehoben, sodass ab dem 12. Monat keine Begrenzung mehr besteht.

**Ablaufmanagement**

In den letzten 5 Jahren vor Ende der Anspardauer, abweichend  (1-5 Jahre) erfolgt eine planmäßige Absenkung der Fondsquote.

Erläuterungen und Fondsnummern zu unserem Fondsangebot finden Sie in den „Informationen zur Fondsauswahl“.

**freie Fondsauswahl** (Die Summe muss 100 % ergeben, mindestens 5 % je Fonds, maximal 10 Fonds)

<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>

**Startmanagement (Einmalbeiträge)**

Bei der Zahlung eines Einmalbeitrags wird für das erste Jahr der Vertragslaufzeit die Fondsquote im ersten Monat auf 1/12 begrenzt. Diese Obergrenze wird monatlich um 1/12 angehoben, sodass ab dem 12. Monat keine Begrenzung mehr besteht.

**Ablaufmanagement**

In den letzten 5 Jahren vor Ende der Anspardauer, abweichend  (1-5 Jahre) erfolgt eine planmäßige Absenkung der Fondsquote.

# Wichtige Informationen zur Fondsgebundenen Rentenversicherung mit Garantie – FONDS MODERN

## Wenn Sie sich für eine Produktvariante mit einer Beteiligung an der Wertentwicklung von Investmentfonds entscheiden, beachten Sie bitte zusätzlich folgende wichtige Informationen:

Die Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie bietet Ihnen Versicherungsschutz mit einer Koppelung eines Teils Ihres Vertragsguthabens an die Wertentwicklung des von Ihnen gewählten Fondsportfolios. Dabei wird das Ziel verfolgt, diesen Anteil – die Fondsquote – möglichst groß zu machen.

Die Anlageziele und die Anlagepolitik der Fonds sind in den Verkaufsprospekten der Kapitalverwaltungsgesellschaften niedergelegt, die auch für die Einhaltung der Anlagegrundsätze und -grenzen verantwortlich zeichnen.

Sie haben die Chance, bei einer hohen Fondsquote im Fall einer besonders positiven Entwicklung des Fondsportfolios einen besonderen Wertzuwachs zu erzielen.

Sie tragen aber auch das Risiko einer Wertminderung des Vertragsguthabens. Mindestens steht Ihnen jedoch zum Ende der Aufschubzeit die vereinbarte Garantieleistung zur Verfügung.

Die Höhe der Fondsquote kann nicht vorhergesagt werden und hängt von verschiedenen Faktoren ab. Eine negative Entwicklung des Fondsportfolios kann zu einer fallenden Fondsquote führen, aber auch Entwicklungen an den Kapitalmärkten – zum Beispiel hohe Zinsen für kurzfristige Kredite oder starke Schwankungen an den Aktienmärkten. Auch Änderungen des regelbasierten Systems zur Bestimmung der Fondsquote können zu einer Verminderung der Fondsquote führen. Insbesondere können wir nicht garantieren, dass eine Fondsquote von 100 % erreicht wird.

Weitere Einzelheiten sind in unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

## Wenn Sie sich für den fondsgebundenen Rentenbezug entscheiden, beachten Sie bitte zusätzlich folgende wichtige Informationen:

Bei dem fondsgebundenen Rentenbezug ist Ihr Vertrag weiterhin an der Wertentwicklung des von Ihnen gewählten Fondsportfolios beteiligt.

Dadurch haben Sie die Chance, bei einer hohen Fondsquote im Fall von besonders positiven Entwicklungen des Fondsportfolios eine höhere Rente zu erhalten. Sie tragen aber auch das Risiko einer fallenden Rente. Allerdings vermindert sie sich zum Jahrestag höchstens um zehn Prozent.

Die Höhe der fondsgebundenen Rente ist von mehreren Parametern abhängig. Es kann trotz steigender bzw. gleichbleibender Entwicklung des Fondsportfolios dazu kommen, dass Ihre Rente fällt.

Mindestens erhalten Sie jedoch die ab Rentenbeginn garantierte Rente. Diese ist abhängig von dem Vertragsguthaben zum Rentenbeginn.

Die Anlageziele und die Anlagepolitik der Investmentfonds sind in den Verkaufsprospekten der Kapitalverwaltungsgesellschaften niedergelegt, die auch für die Einhaltung der Anlagegrundsätze und -grenzen verantwortlich zeichnen.

Weitere Einzelheiten sind in unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

Beim Fondsgebundenen Rentenbezug ist die steuerliche Behandlung von Rentenzahlung noch nicht abschließend rechtlich geklärt. Eine verbindliche Aussage können wir daher nicht treffen. Solange keine anderslautenden Verlautbarungen zur Rechtslage vorliegen, wenden wir für den Fondsgebundenen Rentenbezug die Ertragsanteilsbesteuerung an. Wir werden Sie über das Thema vor Rentenbeginn noch einmal informieren. Sie können die vereinbarte Rentenform dann noch in einen klassischen Rentenbezug ändern.

## Ich habe von dem Inhalt dieser wichtigen Informationen und den Besonderheiten der Fondsgebundenen Rentenversicherung mit Garantie und des fondsgebundenen Rentenbezuges Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers  
(Versicherungsnehmers)/zu Versichernden

X

# Fondsgebundene Rentenversicherung – FONDS PUR

<b>Versicherungsbeginn</b>	<input type="text"/>	
<b>Anspardauer</b>	bis zum <input type="text"/>	<b>Beitragszahlungsdauer</b> (falls abweichend) bis zum <input type="text"/>
<b>Flexible Auszahlungsphase</b>	Endalter 70 <input type="checkbox"/> abweichend <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/> keine Flexible Auszahlungsphase gewünscht
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b>	mit garantierter 50 %iger Beitragsrückgewähr zum Ende der Anspardauer <input type="text"/> / <input type="text"/> (Hauptversicherungsbeiträge) und Sicherheitskonzept („50 STEP“).	
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b>	mit garantierter 50 %iger Beitragsrückgewähr zum Ende der Anspardauer (Hauptversicherungsbeiträge).	
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b>	mit Sicherheitskonzept („50 STEP“).	
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b>		
<b>nur bei bAV</b>	<input type="checkbox"/> Die versicherte Person ist Mitglied des Geschäftsführungsorgans des Antragstellers.	
<b>Garantierte Monatsrente zum Ende der Anspardauer</b>	<input type="text"/>	EUR
<b>Rentenzahlung</b>	lebenslang, abweichend <input type="checkbox"/> ab Rentenbeginn begrenzt auf <input type="text"/> Jahre	garantierte Rentensteigerung um <input type="text"/> % (1,0-3,0%)
<b>Todesfallleistung</b>	Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge, abweichend <input type="checkbox"/> erhöhte Leistung (100 % des Wertes der Versicherung, mind. Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge)	
<b>- in der Anspardauer</b>		
<b>- im Rentenbezug</b>	Rückgewähr des Restkapitals, wenn keine erhöhte Rente („RENTE PLUS“) gezahlt wird, abweichend <input type="text"/> Jahre Garantiezeit oder <input type="checkbox"/> keine Todesfallleistung	
<b>RENTE PLUS</b>	<input type="checkbox"/> Option auf erhöhte Rentenzahlung (nur mit klassischem Rentenbezug)	
<b>Rentenbezugsform/ Überschussverwendung im Rentenbezug</b>	<b>Fondsgebundener Rentenbezug</b> <b>abweichend</b> <input type="checkbox"/> <b>Klassischer Rentenbezug:</b> dynamische Zusatzrente, abweichend <input type="checkbox"/> teildynamische Zusatzrente <input type="checkbox"/> nicht-dynamische Zusatzrente	
<b>Planmäßige Erhöhung</b>	Es wird eine planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur gleichmäßigen Erhöhung des Sparbeitrags und der Todesfallleistung vereinbart. Grundlage ist der Erhöhungssatz der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung (West). Die Mindesterhöhung beträgt 18 Euro pro Jahr. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist eine planmäßige Anpassung nicht möglich. <input type="checkbox"/> Abweichend gilt ein konstanter Prozentsatz in Höhe von <input type="text"/> % (3 - 10 %). <input type="checkbox"/> keine Erhöhung der Hauptversicherung gewünscht	
<b>Bezugsberechtigung</b>		
<b>Im Erlebensfall</b>	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>	
<b>Im Todesfall</b>	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>	
<b>Bitte beachten Sie Folgendes</b> (gilt nicht für Rückdeckungsversicherungen):	Wenn Sie sich für eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente entschieden haben, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten im Erlebensfall Folgendes: Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person sind, können Sie als Bezugsberechtigten nur die versicherte Person benennen oder einen Angehörigen der versicherten Person. Sollte der Bezugsberechtigte die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Benennung unwirksam sein. Nähere Informationen hierzu und eine Auflistung der Personen, die zu den Angehörigen der versicherten Person gehören, finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall um einen Angehörigen der versicherten Person, wie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ beschrieben, handelt. Abweichend: <input type="checkbox"/> Bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall handelt es sich um keinen Angehörigen der versicherten Person.	
<b>Besondere Vereinbarungen</b>	<input type="text"/>	
<b>Angabe der zu versichernden Person</b>	Eine Beantwortung ist nur notwendig, wenn die Option auf erhöhte Rente („RENTE PLUS“) eingeschlossen wird und die Anspardauer unter 10 Jahren liegt. <b>Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</b> Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls Sie die Frage mit „ja“ beantworten, reichen Sie uns bitte einen Antrag auf eine Rentenversicherung ohne Option auf erhöhte Rente ein.	
<b>Bitte die „Wichtigen Informationen zur Fondsgebundenen Rentenversicherung – FONDS PUR“ unterschrieben beifügen.</b>		



# Fondsgebundene Rentenversicherung – FONDS PUR

<b>Versicherungsbeginn</b>	<input type="text"/>
<b>Anspardauer</b>	bis zum <input type="text"/> <b>Beitragszahlungsdauer</b> (falls abweichend) bis zum <input type="text"/>
<b>Flexible Auszahlungsphase</b>	Endalter 70 <input type="checkbox"/> abweichend <input type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> keine Flexible Auszahlungsphase gewünscht
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b>	mit garantierter 50 %iger Beitragsrückgewähr zum Ende der Anspardauer (Hauptversicherungsbeiträge) und Sicherheitskonzept („50 STEP“). <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b>	mit garantierter 50 %iger Beitragsrückgewähr zum Ende der Anspardauer (Hauptversicherungsbeiträge).
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b>	mit Sicherheitskonzept („50 STEP“).
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b>	
<b>nur bei bAV</b>	
<input type="checkbox"/> Die versicherte Person ist Mitglied des Geschäftsführungsorgans des Antragstellers.	
<b>Garantierte Monatsrente zum Ende der Anspardauer</b>	<input type="text"/> EUR
<b>Rentenzahlung</b>	lebenslang, abweichend <input type="checkbox"/> ab Rentenbeginn begrenzt auf <input type="text"/> Jahre garantierte Rentensteigerung um <input type="text"/> % (1,0-3,0%)
<b>Todesfallleistung - in der Anspardauer</b>	Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge, abweichend <input type="checkbox"/> erhöhte Leistung (100 % des Wertes der Versicherung, mind. Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge)
<b>- im Rentenbezug</b>	Rückgewähr des Restkapitals, wenn keine erhöhte Rente („RENTE PLUS“) gezahlt wird, abweichend <input type="text"/> Jahre Garantiezeit oder <input type="checkbox"/> keine Todesfallleistung
<b>RENTE PLUS</b>	<input type="checkbox"/> Option auf erhöhte Rentenzahlung (nur mit klassischem Rentenbezug)
<b>Rentenbezugsform/ Überschussverwendung im Rentenbezug</b>	<b>Fondsgebundener Rentenbezug</b> abweichend <input type="checkbox"/> <b>Klassischer Rentenbezug:</b> dynamische Zusatzrente, abweichend <input type="checkbox"/> teildynamische Zusatzrente <input type="checkbox"/> nicht-dynamische Zusatzrente
<b>Planmäßige Erhöhung</b>	Es wird eine planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur gleichmäßigen Erhöhung des Sparbeitrags und der Todesfallleistung vereinbart. Grundlage ist der Erhöhungssatz der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung (West). Die Mindestserhöhung beträgt 18 Euro pro Jahr. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist eine planmäßige Anpassung nicht möglich. <input type="checkbox"/> Abweichend gilt ein konstanter Prozentsatz in Höhe von <input type="text"/> % (3 - 10 %). <input type="checkbox"/> keine Erhöhung der Hauptversicherung gewünscht <input type="checkbox"/> Aufbauphase: Ihr Beitrag erhöht sich in den ersten <input type="text"/> Versicherungsjahren um jährlich <input type="text"/> EUR
<b>Bezugsberechtigung</b>	
<b>Im Erlebensfall</b>	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>
<b>Im Todesfall</b>	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>
<b>Bitte beachten Sie Folgendes</b> (gilt nicht für Rückdeckungsversicherungen):	
Wenn Sie sich für eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente entschieden haben, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten im Erlebensfall Folgendes: Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person sind, können Sie als Bezugsberechtigten nur die versicherte Person benennen oder einen Angehörigen der versicherten Person. Sollte der Bezugsberechtigte die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Benennung unwirksam sein. Nähere Informationen hierzu und eine Auflistung der Personen, die zu den Angehörigen der versicherten Person gehören, finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall um einen Angehörigen der versicherten Person, wie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ beschrieben, handelt. Abweichend: <input type="checkbox"/> Bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall handelt es sich um keinen Angehörigen der versicherten Person.	
<b>Besondere Vereinbarungen</b>	<input type="text"/>
<b>Angabe der zu versichernden Person</b>	
<b>Eine Beantwortung ist nur notwendig, wenn die Option auf erhöhte Rente („RENTE PLUS“) eingeschlossen wird und die Anspardauer unter 10 Jahren liegt.</b>	
<b>Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</b>	
Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls Sie die Frage mit "ja" beantworten, reichen Sie uns bitte einen Antrag auf eine Rentenversicherung ohne Option auf erhöhte Rente ein.	
<b>Bitte die „Wichtigen Informationen zur Fondsgebundenen Rentenversicherung – FONDS PUR“ unterschrieben beifügen.</b>	

<b>Versicherungsbeginn</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
<b>Anspardauer</b>	bis zum <input style="width: 150px;" type="text"/>	<b>Beitragszahlungsdauer</b> (falls abweichend) bis zum	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<b>Flexible Auszahlungsphase</b>	Endalter 70 <input type="checkbox"/> abweichend <input type="checkbox"/> Jahre	<input type="checkbox"/> keine Flexible Auszahlungsphase gewünscht	
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b> mit garantierter 50 %iger Beitragsrückgewähr zum Ende der Anspardauer (Hauptversicherungsbeiträge) und Sicherheitskonzept („50 STEP“).			
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b> mit garantierter 50 %iger Beitragsrückgewähr zum Ende der Anspardauer (Hauptversicherungsbeiträge).			
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b> mit Sicherheitskonzept („50 STEP“).			
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b>			
<b>nur bei bAV</b>			
<input type="checkbox"/> Die versicherte Person ist Mitglied des Geschäftsführungsorgans des Antragstellers.			
<b>Garantierte Monatsrente zum Ende der Anspardauer</b>		<input style="width: 150px;" type="text"/>	EUR
<b>Rentenzahlung</b>	lebenslang, abweichend <input type="checkbox"/> ab Rentenbeginn begrenzt auf <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre	garantierte Rentensteigerung um <input style="width: 50px;" type="text"/> % (1,0-3,0%)	
<b>Todesfallleistung - in der Anspardauer</b>	Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge, abweichend <input type="checkbox"/> erhöhte Leistung (100 % des Wertes der Versicherung, mind. Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge)		
<b>- im Rentenbezug</b>	Rückgewähr des Restkapitals, wenn keine erhöhte Rente („RENTE PLUS“) gezahlt wird, abweichend <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre Garantiezeit oder <input type="checkbox"/> keine Todesfallleistung		
<b>RENTE PLUS</b>	<input type="checkbox"/> Option auf erhöhte Rentenzahlung (nur mit klassischem Rentenbezug)		
<b>Rentenbezugsform/ Überschussverwendung im Rentenbezug</b>	<b>Fondsgebundener Rentenbezug</b> abweichend <input type="checkbox"/> <b>Klassischer Rentenbezug:</b> dynamische Zusatzrente, abweichend <input type="checkbox"/> teildynamische Zusatzrente <input type="checkbox"/> nicht-dynamische Zusatzrente		
<b>Planmäßige Erhöhung</b>	Es wird eine planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur gleichmäßigen Erhöhung des Sparbeitrags und der Todesfallleistung vereinbart. Grundlage ist der Erhöhungssatz der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung (West). Die Mindesterhöhung beträgt 18 Euro pro Jahr. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist eine planmäßige Anpassung nicht möglich. <input type="checkbox"/> Abweichend gilt ein konstanter Prozentsatz in Höhe von <input style="width: 50px;" type="text"/> % (3 - 10 %). <input type="checkbox"/> keine Erhöhung der Hauptversicherung gewünscht		
<b>Bezugsberechtigung</b>			
<b>Im Erlebensfall</b>	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input style="width: 450px;" type="text"/>		
<b>Im Todesfall</b>	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input style="width: 450px;" type="text"/>		
<b>Bitte beachten Sie Folgendes</b> (gilt nicht für Rückdeckungsversicherungen):			
Wenn Sie sich für eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente entschieden haben, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten im Erlebensfall Folgendes: Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person sind, können Sie als Bezugsberechtigten nur die versicherte Person benennen oder einen Angehörigen der versicherten Person. Sollte der Bezugsberechtigte die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Benennung unwirksam sein. Nähere Informationen hierzu und eine Auflistung der Personen, die zu den Angehörigen der versicherten Person gehören, finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall um einen Angehörigen der versicherten Person, wie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ beschrieben, handelt. Abweichend: <input type="checkbox"/> Bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall handelt es sich um keinen Angehörigen der versicherten Person.			
<b>Besondere Vereinbarungen</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
<b>Angabe der zu versichernden Person</b>			
<b>Eine Beantwortung ist nur notwendig, wenn die Option auf erhöhte Rente („RENTE PLUS“) eingeschlossen wird und die Anspardauer unter 10 Jahren liegt.</b> <b>Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</b> Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls Sie die Frage mit „ja“ beantworten, reichen Sie uns bitte einen Antrag auf eine Rentenversicherung ohne Option auf erhöhte Rente ein.			
<b>Bitte die „Wichtigen Informationen zur Fondsgebundenen Rentenversicherung – FONDS PUR“ unterschrieben beifügen.</b>			

<b>Versicherungsbeginn</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
<b>Anspardauer</b>	bis zum <input style="width: 150px;" type="text"/>	<b>Beitragszahlungsdauer</b> (falls abweichend) bis zum	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<b>Flexible Auszahlungsphase</b>	Endalter 70 <input type="checkbox"/> abweichend <input type="checkbox"/> Jahre	<input type="checkbox"/> keine Flexible Auszahlungsphase gewünscht	
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b> mit garantierter 50 %iger Beitragsrückgewähr zum Ende der Anspardauer (Hauptversicherungsbeiträge) und Sicherheitskonzept („50 STEP“). <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>			
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b> mit garantierter 50 %iger Beitragsrückgewähr zum Ende der Anspardauer (Hauptversicherungsbeiträge).			
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b> mit Sicherheitskonzept („50 STEP“).			
<input type="checkbox"/> <b>Fondsgebundene Rentenversicherung</b>			
<b>nur bei bAV</b>			
<input type="checkbox"/> Die versicherte Person ist Mitglied des Geschäftsführungorgans des Antragstellers.			
<b>Garantierte Monatsrente zum Ende der Anspardauer</b>		<input style="width: 150px;" type="text"/>	EUR
<b>Rentenzahlung</b>	lebenslang, abweichend <input type="checkbox"/> ab Rentenbeginn begrenzt auf <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre	garantierte Rentensteigerung um <input style="width: 50px;" type="text"/> % (1,0-3,0%)	
<b>Todesfallleistung - in der Anspardauer</b>	Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge, abweichend <input type="checkbox"/> erhöhte Leistung (100 % des Wertes der Versicherung, mind. Rückgewähr der Hauptversicherungsbeiträge)		
<b>- im Rentenbezug</b>	Rückgewähr des Restkapitals, wenn keine erhöhte Rente („RENTE PLUS“) gezahlt wird, abweichend <input style="width: 50px;" type="text"/> Jahre Garantiezeit oder <input type="checkbox"/> keine Todesfallleistung		
<b>RENTE PLUS</b>	<input type="checkbox"/> Option auf erhöhte Rentenzahlung (nur mit klassischem Rentenbezug)		
<b>Rentenbezugsform/ Überschussverwendung im Rentenbezug</b>	<b>Fondsgebundener Rentenbezug</b> abweichend <input type="checkbox"/> <b>Klassischer Rentenbezug:</b> dynamische Zusatzrente, abweichend <input type="checkbox"/> teildynamische Zusatzrente <input type="checkbox"/> nicht-dynamische Zusatzrente		
<b>Planmäßige Erhöhung</b>	Es wird eine planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur gleichmäßigen Erhöhung des Sparbeitrags und der Todesfallleistung vereinbart. Grundlage ist der Erhöhungssatz der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung (West). Die Mindesterhöhung beträgt 18 Euro pro Jahr. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist eine planmäßige Anpassung nicht möglich.		
	<input type="checkbox"/> Abweichend gilt ein konstanter Prozentsatz in Höhe von <input style="width: 50px;" type="text"/> % (3 - 10 %).		<input type="checkbox"/> keine Erhöhung der Hauptversicherung gewünscht
	<input type="checkbox"/> Aufbauphase: Ihr Beitrag erhöht sich in den ersten <input style="width: 20px; text-align: center; border: 1px solid black;" type="text"/> Versicherungsjahren um jährlich <input style="width: 50px;" type="text"/> EUR		
<b>Bezugsberechtigung</b>			
<b>Im Erlebensfall</b>	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input style="width: 400px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>		
<b>Im Todesfall</b>	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input style="width: 400px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>		
<b>Bitte beachten Sie Folgendes</b> (gilt nicht für Rückdeckungsversicherungen):			
Wenn Sie sich für eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente entschieden haben, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten im Erlebensfall Folgendes: Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person sind, können Sie als Bezugsberechtigten nur die versicherte Person benennen oder einen Angehörigen der versicherten Person. Sollte der Bezugsberechtigte die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Benennung unwirksam sein. Nähere Informationen hierzu und eine Auflistung der Personen, die zu den Angehörigen der versicherten Person gehören, finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall um einen Angehörigen der versicherten Person, wie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Versicherungsleistung?“ beschrieben, handelt. Abweichend: <input type="checkbox"/> Bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall handelt es sich um keinen Angehörigen der versicherten Person.			
<b>Besondere Vereinbarungen</b>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>		
<b>Angabe der zu versichernden Person</b>			
<b>Eine Beantwortung ist nur notwendig, wenn die Option auf erhöhte Rente („RENTE PLUS“) eingeschlossen wird und die Anspardauer unter 10 Jahren liegt.</b> <b>Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</b> Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls Sie die Frage mit "ja" beantworten, reichen Sie uns bitte einen Antrag auf eine Rentenversicherung ohne Option auf erhöhte Rente ein.			
<b>Bitte die „Wichtigen Informationen zur Fondsgebundenen Rentenversicherung – FONDS PUR“ unterschrieben beifügen.</b>			

# Fondsanlage – FONDS PUR

Erläuterungen und Fondsnummern zu unserem Fondsangebot finden Sie in den „Informationen zur Fondsauswahl“.

**Themen-Portfolios** (nur ein Portfolio anwählbar)

- TOP STARS  NEXT TOP STARS  
 ETF  ETF NEXT  
 DIMENSIONAL BALANCED  
 KLASSIKER

**freie Fondsauswahl** (Die Summe muss 100 % ergeben, mindestens 5 % je Fonds, maximal 10 Fonds)

<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>

**Rebalancing**

Zum Jahrestag des Versicherungsbeginns führen wir eine Umschichtung durch, sodass die Aufteilung der Fondswerte wieder an die von Ihnen zuletzt bestimmte Aufteilung der Anlagebeiträge angeglichen wird. Der Wert des gesamten Fondsguthabens ändert sich dabei nicht. Das Rebalancing endet mit Beginn des Ablaufmanagements, spätestens mit dem Rentenbeginn.

**Startmanagement**

Ihr Vertragsguthaben wird zunächst in den UBS (Lux) Money Market Fund (Fonds Nr. 122), abweichend

angelegt und monatlich schrittweise in die oben gewählten Fonds/Portfolio umgeschichtet.

Dauer des Startmanagements

Das Rebalancing ist für die Dauer des Startmanagements ausgeschlossen.

Fonds-Nr. Fondsname

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(6-36 Monate)

**Ablaufmanagement**

In den letzten 5 Jahren vor Ende der Anspardauer, abweichend

erfolgt eine planmäßige Umschichtung der gutgeschriebenen Fondsanteile in den UBS (Lux) Money Market Fund (Fonds Nr. 122), abweichend in folgenden Fonds

(1-5 Jahre)

Fonds-Nr. Fondsname

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Erläuterungen und Fondsnummern zu unserem Fondsangebot finden Sie in den „Informationen zur Fondsauswahl“.

**Themen-Portfolios**

- NEXT TOP STARS
- ETF NEXT

**freie Fondsauswahl** (Die Summe muss 100 % ergeben, mindestens 5 % je Fonds, maximal 10 Fonds)

<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	Fonds-Nr.	<input type="text"/>	Fondsname	<input type="text"/>

**Rebalancing**

Zum Jahrestag des Versicherungsbeginns führen wir eine Umschichtung durch, sodass die Aufteilung der Fondswerte wieder an die von Ihnen zuletzt bestimmte Aufteilung der Anlagebeiträge angeglichen wird. Der Wert des gesamten Fondsguthabens ändert sich dabei nicht. Das Rebalancing endet mit Beginn des Ablaufmanagements, spätestens mit dem Rentenbeginn.

**Startmanagement**

Ihr Vertragsguthaben wird zunächst in den DWS Invest ESG Floating Rate Notes TFC (Fonds Nr.281), abweichend

Fonds-Nr.  Fondsname

angelegt und monatlich schrittweise in die oben gewählten Fonds/Portfolio umgeschichtet.

Dauer des Startmanagements

(6-36 Monate)

Das Rebalancing ist für die Dauer des Startmanagements ausgeschlossen.

**Ablaufmanagement**

In den letzten 5 Jahren vor Ende der Anspardauer, abweichend erfolgt eine planmäßige Umschichtung der gutgeschriebenen Fondsanteile in den DWS Invest ESG Floating Rate Notes TFC (Fonds Nr.281),

(1-5 Jahre)

abweichend in folgenden Fonds

Fonds-Nr.  Fondsname

# Wichtige Informationen zur Fondsgebundenen Rentenversicherung – FONDS PUR

## Wenn Sie sich für eine Produktvariante mit Investmentfonds-Anlage entscheiden, beachten Sie bitte zusätzlich folgende wichtige Informationen:

Die Tarife Fondsgebundene Rentenversicherung mit 50 Prozent garantierter Beitragsrückgewähr zum Ende der Anspardauer und Sicherheitskonzept, Fondsgebundene Rentenversicherung mit 50 Prozent garantierter Beitragsrückgewähr zum Ende der Anspardauer, Fondsgebundene Rentenversicherung mit Sicherheitskonzept und Fondsgebundene Rentenversicherung bieten Ihnen Versicherungsschutz mit unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Sondervermögen (Fonds).

Sie haben bei der Fondsgebundenen Versicherung die Chance, im Fall von besonders positiven Entwicklungen der Fonds einen besonderen Wertzuwachs zu erzielen.

Sie tragen aber auch das volle Risiko der Wertminderung des Fondsvermögens. Da die Wertentwicklung nicht vorhersehbar ist, können wir den Geldwert der Versicherungsleistungen – außer einer ggf. vereinbarten Todesfallsumme und einer ggf. vereinbarten 50-prozentigen Garantie der eingezahlten Beiträge zur Verrentung – nicht garantieren.

Sie haben jedoch die Möglichkeit, für die Anspardauer eine garantierte Leistung zu vereinbaren.

Die Anlageziele und die Anlagepolitik sind in den Verkaufsprospekten der Kapitalanlagegesellschaften niedergelegt, die auch für die Einhaltung der Anlagegrundsätze und -grenzen verantwortlich zeichnen.

Zur Fondsanlage steht der Teil Ihrer Beiträge zur Verfügung, der nicht der Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle (Todesfälle und, falls vereinbart, Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitsleistungen), einer vereinbarten 50-prozentigen garantierten Beitragsrückgewähr zum Ende der Ansparphase oder der Deckung der mit dem Abschluss und der Verwaltung des Vertrags verbundenen Kosten dient.

Weitere Einzelheiten sind in unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

## Wenn Sie sich für den fondsgebundenen Rentenbezug entscheiden, beachten Sie bitte zusätzlich folgende wichtige Informationen:

Bei dem fondsgebundenen Rentenbezug ist Ihr Vertrag an der Wertentwicklung des von Ihnen gewählten Fondsportfolios beteiligt.

Dadurch haben Sie die Chance, bei einer hohen Fondsquote im Fall von besonders positiven Entwicklungen des Fondsportfolios eine höhere Rente zu erhalten. Sie tragen aber auch das Risiko einer fallenden Rente. Allerdings vermindert sie sich zum Jahrestag höchstens um zehn Prozent.

Die Höhe der fondsgebundenen Rente ist von mehreren Parametern abhängig. Es kann trotz steigender bzw. gleichbleibender Entwicklung des Fondsportfolios dazu kommen, dass Ihre Rente fällt.

Mindestens erhalten Sie jedoch die ab Rentenbeginn garantierte Rente. Diese ist abhängig von dem Vertragsguthaben zum Rentenbeginn.

Die Anlageziele und die Anlagepolitik der Investmentfonds sind in den Verkaufsprospekten der Kapitalverwaltungsgesellschaften niedergelegt, die auch für die Einhaltung der Anlagegrundsätze und -grenzen verantwortlich zeichnen.

Weitere Einzelheiten sind in unseren Besonderen Bedingungen für den Fondsgebundenen Rentenbezug mit Fondsportfolio geregelt.

Beim Fondsgebundenen Rentenbezug ist die steuerliche Behandlung von Rentenzahlung noch nicht abschließend rechtlich geklärt. Eine verbindliche Aussage können wir daher nicht treffen. Solange keine anderslautenden Verlautbarungen zur Rechtslage vorliegen, wenden wir für den Fondsgebundenen Rentenbezug die Ertragsanteilsbesteuerung an. Wir werden Sie über das Thema vor Rentenbeginn noch einmal informieren. Sie können die vereinbarte Rentenform dann noch in einen klassischen Rentenbezug ändern.

## Ich habe von dem Inhalt dieser wichtigen Informationen und den Besonderheiten der Fondsgebundenen Rentenversicherung und des fondsgebundenen Rentenbezuges Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers  
(Versicherungsnehmers)/zu Versichernden



# Sofort beginnende Rentenversicherung

<b>Versicherungsbeginn</b>	<input type="text"/>	(Die Zahlung der ersten Rente erfolgt einen Monat nach dem Versicherungsbeginn.)
<b>Garantierte Monatsrente</b>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/> / SRO
<b>Rentenzahlung</b>	lebenslang, abweichend <input type="checkbox"/> ab Rentenbeginn bis zum <input type="text"/> garantierte Rentensteigerung um <input type="text"/> % (1,0-3,0 %)	
<b>Todesfallleistung - im Rentenbezug</b>	Rückgewähr des Restkapitals, wenn keine erhöhte Rente („RENTE PLUS“) gezahlt wird, abweichend <input type="checkbox"/> Jahre Garantiezeit oder <input type="checkbox"/> keine Todesfallleistung	
<b>RENTE PLUS</b>	<input type="checkbox"/> Option auf erhöhte Rentenzahlung	
<b>Überschussverwendung im Rentenbezug</b>	dynamische Zusatzrente, abweichend <input type="checkbox"/> teildynamische Zusatzrente <input type="checkbox"/> nicht-dynamische Zusatzrente	
<b>Bezugsberechtigung Im Erlebensfall</b>	Der Versicherungsnehmer Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>	
<b>Im Todesfall</b>	Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben: <input type="text"/>	
<b>Besondere Vereinbarungen</b>	<input type="text"/>	
<b>Angabe der zu versichernden Person</b>		
<b>Eine Beantwortung ist nur notwendig, wenn die Option auf erhöhte Rente („RENTE PLUS“) eingeschlossen wird und es sich um eine Sofort beginnende Rentenversicherung handelt.</b>		
<b>Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</b>		
Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Falls Sie die Frage mit "ja" beantworten, reichen Sie uns bitte einen Antrag auf eine Rentenversicherung ohne Option auf erhöhte Rente ein.		
<b>Empfängerkonto, falls abweichend vom Einzugskonto</b>		
Die Rente soll – abweichend vom Einzugskonto – auf folgendes Konto überwiesen werden:		
<b>Daten des Kontoinhabers</b>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma	
<b>Name, Vorname/Firma</b>	<input type="text"/>	
<b>Straße, Haus-Nr.</b>	<input type="text"/>	
<b>PLZ, Ort</b>	<input type="text"/>	
<b>IBAN</b>	<input type="text"/>	<b>BIC</b> <input type="text"/>
<b>Kreditinstitut</b>	<input type="text"/>	

# Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

## Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der VOLKS-WOHL BUND Lebensversicherung a.G. Südwall 37-41, 44137 Dortmund in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Sie haben einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

#### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

#### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

#### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf 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. 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 unserer Rechte 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.



# Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

- BU-Rente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit**  
 **BU-Rente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit mit zusätzlichem Pflege-Schutzbrief**  
 **Nur Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit**

Versicherungs-/Leistungsdauer entspricht der Anspardauer der Hauptversicherung.

Falls abweichend

Versicherungsdauer

Rentenleistungsdauer

Die Leistungsdauer für die Beitragsbefreiung entspricht der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung, jedoch begrenzt auf das Alter 67.

Anfängliche Monatsrente  EUR

Karenzzeit in Monaten (6-12)  garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall  (1,0-3,0 %)

Nachversicherungsgarantie bis zur Monatsrente  EUR

**Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit**  nicht gewünscht  
(bei Vorliegen einer mindestens 6-monatigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit oder einer 6-wöchigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit und einer Prognose bis zum Ende des 6-monatigen Zeitraums)

Hinweis: Bei Schülern bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bedingungsgemäß ohne Mehrbeitrag mitversichert solange sie Schüler sind.

**Einmalleistung**  nicht gewünscht

(bei Feststellung einer Berufsunfähigkeit wird eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 12 Monatsrenten ausgezahlt)

**Überschussverwendung** Die Überschussanteile werden wie die der Hauptversicherung verwandt, abweichend  Verrechnung mit den Beiträgen  
 Bonusrente

**Planmäßige Erhöhung** Es wird eine planmäßige Erhöhung der BU-Versicherungsleistungen vereinbart.  
Grundlage ist der Verbraucherpreisindex für Deutschland (mind. 2,5 %), abweichend  keine Erhöhung gewünscht  
 Im Falle einer bestehenden Berufsunfähigkeit sollen sich die Beiträge zur Hauptversicherung jährlich um  % erhöhen.

## Berufsangaben der zu versichernden Person

Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Welchen beruflichen Abschluss oder akademischen Grad besitzen Sie? (z. B. Bürokaufmann/-frau, Maurer/-in, Kfz-Meister/-in, Bachelor of Science)

Keinen

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (sofern Student/-in: Welchen Studiengang belegen Sie)?

In dieser Tätigkeit seit (Monat/Jahr)

Nennen Sie uns bitte Ihren Arbeitgeber und die Branche

Jährliches **Brutto**einkommen aus dieser Tätigkeit  EUR

Angestellte/r  Auszubildende/r  Soldat/-in  Schüler/-in ohne sonderpädagogischem Förderbedarf  Hausmann/-frau

Beamte/r, mit aktueller Besoldungsgruppe:

Student/-in  Selbstständige/r bzw. Freiberufler/-in, seit wann?

**Sofern Sie nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union sind:** Arbeitsvertrag ist  unbefristet  
 befristet bis

In Abhängigkeit vom Berufsbild können bestimmte Zusatzangaben erforderlich sein.

Sie müssen nur die Ihrem individuellen Versorgungsvorschlag zu Grunde liegenden Fragen beantworten.

1. Wie hoch ist der Anteil Ihrer Bürotätigkeit?  80 % - 100 %  60 % - 79 %  40 % - 59 %  20 % - 39 %  weniger als 20 %

2. Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erworben?

Master, Diplom, Magister, Staatsexamen, Promotion (Universität oder FH)

Bachelor (Universität oder FH)

Meister

Fachwirt, geprüfter Betriebswirt, geprüfter Techniker oder vergleichbare berufliche Weiterbildung (ab Niveau 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens)

kaufmännische Berufsausbildung, mind. 2 Jahre

nicht-kaufmännische Berufsausbildung (z. B. im Handwerk oder im Gesundheitswesen), mind. 2 Jahre

keine der oben genannten Abschlüsse

3. Anzahl der festangestellten Mitarbeiter (Voll/Teilzeit):  0 - 2  3 - 9  10 - 29  30 und mehr

Bitte geben Sie uns zusätzlich die Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person an.

# Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

**Rente und Beitragsbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit**

**Nur Beitragsbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit**

**Versicherungs-/Leistungsdauer** entspricht der Anspardauer der Hauptversicherung.

Falls abweichend

**Versicherungsdauer**

**Rentenleistungsdauer**

Die Leistungsdauer für die Beitragsbefreiung entspricht der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung, jedoch begrenzt auf das Alter 67.

**Monatsrente**  EUR

Karenzzeit in Monaten (6-12)

garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall  (1,0-3,0 %)

**Nachversicherungsgarantie** bis zur Monatsrente  EUR

**Überschussverwendung** Die Überschussanteile werden wie die der Hauptversicherung verwandt, abweichend  Verrechnung mit den Beiträgen

Bonusrente

**Planmäßige Erhöhung** Es wird eine planmäßige Erhöhung der EU-Versicherungsleistungen vereinbart.

Grundlage ist der Verbraucherpreisindex für Deutschland (mind. 2,5 %), abweichend  keine Erhöhung gewünscht

Im Falle einer bestehenden Erwerbsunfähigkeit sollen sich die Beiträge zur Hauptversicherung jährlich um  % erhöhen.

## Berufangaben der zu versichernden Person

**Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.**

Welchen beruflichen Abschluss oder akademischen Grad besitzen Sie? (z. B. Bürokaufmann/-frau, Maurer/-in, Kfz-Meister/-in, Bachelor of Science)

Keinen

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (sofern Student/-in: Welchen Studiengang belegen Sie)?

In dieser Tätigkeit seit (Monat/Jahr)

Nennen Sie uns bitte Ihren Arbeitgeber und die Branche

Jährliches **Brutto**einkommen aus dieser Tätigkeit  EUR

Angestellte/r  Auszubildende/r  Soldat/-in  Schüler/-in  Hausmann/-frau

Beamte/r, mit aktueller Besoldungsgruppe:

Student/-in  Selbstständige/r bzw. Freiberufler/-in, seit wann?

**Sofern Sie nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union sind:** Arbeitsvertrag ist  unbefristet

befristet bis

In Abhängigkeit vom Berufsbild können bestimmte Zusatzangaben erforderlich sein.

**Sie müssen nur die Ihrem individuellen Versorgungsvorschlag zu Grunde liegenden Fragen beantworten.**

1. Wie hoch ist der Anteil Ihrer Bürotätigkeit?  80 % - 100 %  60 % - 79 %  40 % - 59 %  20 % - 39 %  weniger als 20 %

2. Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erworben?

Master, Diplom, Magister, Staatsexamen, Promotion (Universität oder FH)

Bachelor (Universität oder FH)

Meister

Fachwirt, geprüfter Betriebswirt, geprüfter Techniker oder vergleichbare berufliche Weiterbildung (ab Niveau 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens)

kaufmännische Berufsausbildung, mind. 2 Jahre

nicht-kaufmännische Berufsausbildung (z. B. im Handwerk oder im Gesundheitswesen), mind. 2 Jahre

keine der oben genannten Abschlüsse

3. Anzahl der festangestellten Mitarbeiter (Voll/Teilzeit):  0 - 2  3 - 9  10 - 29  30 und mehr

**Bitte geben Sie uns zusätzlich die Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person an.**

## Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Eine unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen kann Ihren Versicherungsschutz gefährden und zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Gesellschaft kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen. Beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die in den folgenden Risikofragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufzählung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzureichen an: VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund.

### Allgemeine Frage

Haben Sie **in den letzten 12 Monaten** aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren zu sich genommen (z. B. über Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas)?  
(gilt nicht für bAV)

ja  nein

### Fragen zu Ihrer Gesundheit

Falls Sie eine der nachfolgenden Fragen mit "ja" beantworten, reichen Sie uns bitte einen Antrag mit vollständiger Gesundheitsprüfung ein.

1. Sind Sie zurzeit oder waren Sie in den letzten 2 Jahren für einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 2 Wochen arbeitsunfähig?  ja  nein
2. Sind Sie anerkannt erwerbsgemindert (MdE/GdS) oder schwerbehindert (GdB) oder wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?  ja  nein
3. Üben Sie in Ihrer Freizeit eines der folgenden Hobbys aus:  
Kampfsport mit Vollkontakt, Höhlen-, Eis- oder Wracktauchen, Motorrennsport, Extremsport mit erhöhter Unfallgefährdung?  ja  nein

# Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Eine unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen kann Ihren Versicherungsschutz gefährden und zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Gesellschaft kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen. Beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die in den folgenden Risikofragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufzählung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzureichen an: VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund.

## Allgemeine Fragen

Nennen Sie uns bitte Ihre Körpergröße _____ cm und Ihr aktuelles Gewicht _____ kg	
Haben Sie <b>in den letzten 12 Monaten</b> aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren zu sich genommen (z. B. über Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas)? <b>(gilt nicht für bAV)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Üben Sie in Ihrer Freizeit ein <b>Hobby</b> mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z. B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Pferdesport, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls „ja“, welche: _____ (Bitte ggf. Fragebogen beifügen)	
Planen Sie <b>für die nächsten 2 Jahre</b> einen Aufenthalt von mehr als 3 Monaten außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, des Vereinigten Königreichs, Kanadas oder der USA? (Falls „ja“, bitte Fragebogen für Auslandsaufenthalte beifügen.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Nennen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes (mit Fachrichtung), der über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichtet ist: _____					
1. Wurden Sie <b>in den letzten 10 Jahren</b> operiert oder stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Strahlen-, Chemotherapie) oder ist ein stationärer Aufenthalt angedacht oder geplant? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, nennen Sie uns bitte den Grund (Diagnose), den Zeitpunkt, die Behandlungs- und Beschwerdedauer und die Folgen: _____					
2. Wurden Sie in den nachfolgend genannten Zeiträumen wegen Erkrankungen oder Beschwerden ärztlich oder therapeutisch beraten, untersucht oder behandelt? <b>In den letzten 5 Jahren</b> hinsichtlich:					
A) Verdauungstrakt (z. B. Gastritis, Morbus Crohn), anderer Bauchorgane (z. B. Pankreatitis, erhöhte Leberwerte) <input type="checkbox"/> ja					
B) Gehirn (z. B. Migräne, Alzheimer), Nerven (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie), Psyche (z. B. Depressionen, Ängste, Essstörungen, Schlafstörungen), Lernschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen <input type="checkbox"/> ja					
C) Wirbelsäule (z. B. Hexenschuss), Knochen (z. B. Brüche), Gelenke (z. B. Meniskusschaden), Muskeln (z. B. Verspannungen) <input type="checkbox"/> ja					
D) Schwindel (z. B. Dreh-, Lagerungs-, Schwankschwindel) <input type="checkbox"/> ja					
E) Krebs, Tumor oder Gewebsneubildungen (z. B. Karzinom, Melanom, Lymphom) <input type="checkbox"/> ja					
F) Autoimmunerkrankungen (z. B. Lupus erythematodes, Morbus-Bechterew, Polyarthritiden) <input type="checkbox"/> ja					
G) Verletzungen (z. B. Unfälle), Vergiftungen, Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose) <input type="checkbox"/> ja					
H) Alkohol- oder Drogenkonsum <input type="checkbox"/> ja					
<b>In den letzten 3 Jahren</b> hinsichtlich:					
I) Herz (z. B. Rhythmusstörungen), Kreislauf (z. B. erhöhter Blutdruck), Blut (z. B. Anämie), Gefäße (z. B. Krampfader, Verkalkungen) <input type="checkbox"/> ja					
J) Stoffwechsel (z. B. Gicht, Diabetes), Nieren- und Harnwege (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin, Harnwegsentzündung) <input type="checkbox"/> ja					
K) Allergien (z. B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelunverträglichkeit), Atmungsapparat (z. B. Asthma bronchiale) <input type="checkbox"/> ja					
L) Augen (z. B. grauer Star, Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien), Ohren (z. B. Tinnitus), Haut (z. B. Schuppenflechte, Neurodermitis), Drüsen (z. B. Lymphknotenschwellung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Haben Sie eine oder mehrere Fragen von A) bis L) mit „ja“ beantwortet, machen Sie bitte nähere Angaben: Sofern für Ihre Angaben nicht genügend Platz vorhanden ist, verwenden Sie bitte für Ihre Angaben ein Zusatzblatt (Vordruck s. Anlage).					
Zu Frage:	Ihre Erkrankungen, Beschwerden, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen:	Wann:	Beschwerdedauer:	Heutige Folgen oder Einschränkungen:	Name und Adresse Ihrer behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser:
3. Nahmen Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> mit oder ohne ärztliche Verordnung					
A) mehr als 30 Tage lang täglich ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel) <input type="checkbox"/> ja					
B) an mehr als 30 Tagen im Jahr ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel) <input type="checkbox"/> ja					
C) Drogen (z. B. Cannabis, Ecstasy, Heroin) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Medikamente, die Dosierung, den Einnahmezeitraum und den Grund der Einnahme: _____					
4. Sind Sie dauerhaft körperlich oder geistig beeinträchtigt, ohne diesbezüglich ärztlich oder therapeutisch behandelt zu werden (z. B. angeborene Behinderungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen, Schwerhörigkeit)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Beeinträchtigung(en), die Ursache und den Zeitpunkt des Auftretens: _____					
Bestehen, neben Ansprüchen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Beamtenversorgung, weitere Absicherungen aus privaten oder betrieblichen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? Falls „ja“, <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein nennen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft/-en oder den/die Versorgungsträger und die jeweils vereinbarte jährliche Rentenleistung.					
Private Absicherung:	_____	_____	_____	_____	BU-/EU-/GF-Jahresrente
Betriebliche Versorgung:	_____	_____	_____	_____	BU-/EU-/GF-Jahresrente
Versorgungswerke:	_____	_____	_____	_____	BU-/EU-/GF-Jahresrente
Wird eine der Absicherungen bei Annahme gekündigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: _____					
Wenn Sie diesem Antrag zusätzliche Unterlagen bzw. Anlagen beigelegt haben, geben Sie bitte nachfolgend Art und Umfang an: _____					

## Zahlungsweise, Gesamtbeitrag, weitere Informationen

### Zahlungsweise

monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  einmalig

### Gesamtbeitrag für die Rentenversicherung (Klassisch oder Fondsgebunden), evtl. mit Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Gesamtbeitrag gemäß Zahlungsweise  EUR Gesamt-Nettobeitrag nach Rabatt aus der Überschussbeteiligung (nicht garantiert)  EUR

verminderter Anfangsbeitrag über  Jahre (1-5 Jahre)

verminderter Gesamtbeitrag  EUR verminderter Nettobeitrag  EUR

Zusätzlich einmalig zu Beginn  EUR

### Identifizierung/Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

Bei natürlichen Personen reichen Sie uns bitte eine vollständige Kopie des gültigen Personalausweises/Reisepasses des Antragstellers und ggf. des abweichenden wirtschaftlich Berechtigten ein.

Bei juristischen Personen und Personengesellschaften reichen Sie uns bitte einen aktuellen Registerauszug des Antragstellers und das Zusatzblatt wB (wirtschaftlich Berechtigter) ein.

**Der Antragsteller (Versicherungsnehmer) ist nicht der wirtschaftlich Berechtigte; er handelt auf Veranlassung von:**

**Vor- und Zuname**

**Firma, Anschrift**

### Politisch exponierte Personen

Üben oder übten der Versicherungsnehmer, der Bezugsberechtigte, ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter des Vertrages, ein jeweiliges Familienmitglied oder eine bekanntermaßen nahestehende Person ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt aus?  ja

Falls ja, bitte die politische Funktion und für den betroffenen Bezugsberechtigten oder wirtschaftlich Berechtigten auch Namen und Anschrift angeben:

### Sind Sie im Ausland steuerlich ansässig?

Bitte geben Sie das Land und Ihre TIN (Tax Identification Number) an.   ja  nein

**Steuerpflicht in den USA:** Sind Sie in den USA steuerpflichtig (eine spätere Änderung ist uns anzuzeigen)?  ja  nein

Bitte geben Sie Ihre TIN (Tax Identification Number) an.

### Vorläufiger Versicherungsschutz

Im Rahmen der Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung (BED.VV.0122) gewähren wir ab dem Eingang des Antrags vorläufigen Versicherungsschutz für die Risikoversicherung und die ggf. beantragte Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung. Voraussetzung dafür ist aber insbesondere, dass Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen und dass der Versicherungsbeginn nicht mehr als zwei Monate in der Zukunft liegt. Die Obergrenzen für den Versicherungsschutz und die weiteren Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung.

### Genetische Untersuchungen – Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen.

Nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 GenDG ist es uns auch untersagt, die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegenzunehmen oder zu verwenden. Diese Einschränkung gilt nicht, sofern eine Versicherungssumme von mehr als 300.000 Euro oder einer Jahresrente von mehr als 30.000 Euro vereinbart werden soll.

Unabhängig davon bleiben Sie jedoch in jedem Fall verpflichtet, uns bereits bestehende Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen und die Ihnen gestellten Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Dabei ist es unerheblich, durch welche Untersuchungsmethode Sie von den bestehenden Vorerkrankungen und Erkrankungen Kenntnis erlangt haben.

### Versichererwechsel

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherer ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Versicherungsunternehmen daher unerwünscht.

# Unterschriften

## SEPA-Lastschriftmandat

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 13ZZZ00000141064

Mit diesem Formular ermächtige ich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. zum Lastschrifteinzug.

Diese wird mich rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer mitteilen.

**Daten des Kontoinhabers**  Herr  Frau  Firma (nur auszufüllen, falls nicht Antragsteller)

Name, Vorname/Firma

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Ich ermächtige die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., falls erforderlich, spätestens 5 Kalendertage vor dem SEPA-Lastschrifteinzug hierüber eine Information an mich versendet. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift, alternativ  einmalige Lastschrift

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Datum, Unterschrift  
des Kontoinhabers

X

Wichtig: Das Mandat ist nur mit  
Datum und Unterschrift gültig!

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags in Textform erhalten habe. Das gilt entsprechend für Informationen bei Versicherungsanlageprodukten gemäß § 7b Versicherungsvertragsgesetz.

Das Basisinformationsblatt wurde mir vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags wunschgemäß auf Papier zur Verfügung gestellt (gilt nicht für die Sofort beginnende Rentenversicherung, abweichend  auf einem anderen dauerhaften Datenträger oder  über eine Website.

Die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ wurden mir ausgehändigt.

Unterschrift des Antragstellers  
(Versicherungsnehmers)

X

## Wichtig!

Bitte nehmen Sie die mit diesem Formular ausgehändigten Vertragsinformationen zu Ihren Unterlagen.

Nach Unterzeichnung dieses Antrags erhalte ich hiervon eine Durchschrift.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

(Versicherungsnehmers)/zu Versichernden

X

Unterschrift des volljährigen zu Versichernden  
(falls nicht Antragsteller)

X

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s  
(bei minderjährigen zu Versichernden)

X

Bitte beachten Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtsentbindungserklärung“ auf den folgenden Seiten, sowie die dort zu treffenden Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich der Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, die Sie bitte gesondert und zusätzlich unterschreiben. Bitte beachten Sie darüber hinaus die beigefügten Datenschutzhinweise.

Ich bestätige, dass der Kunde dem Zielmarkt angehört.

Der Kunde gehört **nicht** dem Zielmarkt an. Der Kunde äußerte ausdrücklich den Wunsch, dass der Vertrag trotzdem abgeschlossen wird. Dieser Wunsch wurde im Beratungsprotokoll dokumentiert.

Bei Beiträgen von mehr als 3.000 Euro pro Jahr (250 Euro pro Monat): Ich bestätige, dass mir das Ausweisdokument des Antragstellers im Original vorgelegen hat. Die angefertigte Kopie dieses Dokuments stimmt mit dem Original überein.

Unterschrift des Vermittlers

X

# Unterschriften

## SEPA-Lastschriftmandat

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 13ZZZ00000141064

Mit diesem Formular ermächtige ich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. zum Lastschrifteinzug.

Diese wird mich rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer mitteilen.

**Daten des Kontoinhabers**  Herr  Frau  Firma (nur auszufüllen, falls nicht Antragsteller)

Name, Vorname/Firma

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Ich ermächtige die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., falls erforderlich, spätestens 5 Kalendertage vor dem SEPA-Lastschrifteinzug hierüber eine Information an mich versendet. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift, alternativ  einmalige Lastschrift

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Datum, Unterschrift  
des Kontoinhabers

X

Wichtig: Das Mandat ist nur mit  
Datum und Unterschrift gültig!

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags in Textform erhalten habe. Das gilt entsprechend für Informationen bei Versicherungsanlageprodukten gemäß § 7b Versicherungsvertragsgesetz.

Das Basisinformationsblatt wurde mir vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags wunschgemäß auf Papier zur Verfügung gestellt (gilt nicht für die Sofort beginnende Rentenversicherung, abweichend  auf einem anderen dauerhaften Datenträger oder  über eine Website.

Die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ wurden mir ausgehändigt.

Unterschrift des Antragstellers  
(Versicherungsnehmers)

X

## Wichtig!

Bitte nehmen Sie die mit diesem Formular ausgehändigten Vertragsinformationen zu Ihren Unterlagen.

Nach Unterzeichnung dieses Antrags erhalte ich hiervon eine Durchschrift.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers  
(Versicherungsnehmers)/zu Versichernden

X

Unterschrift des volljährigen zu Versichernden  
(falls nicht Antragsteller)

X

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s  
(bei minderjährigen zu Versichernden)

X

Bitte beachten Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtsentbindungserklärung“ auf den folgenden Seiten, sowie die dort zu treffenden Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich der Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, die Sie bitte gesondert und zusätzlich unterschreiben. Bitte beachten Sie darüber hinaus die beigefügten Datenschutzhinweise.

Bei Beiträgen von mehr als 3.000 Euro pro Jahr (250 Euro pro Monat): Ich bestätige, dass mir das Ausweisdokument des Antragstellers im Original vorgelegen hat. Die angefertigte Kopie dieses Dokuments stimmt mit dem Original überein.

Unterschrift des Vermittlers

X

# Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen (z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister oder an unsere Rückversicherer) weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

## 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch uns

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

## 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

#### Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte bestätigen Sie mit einem Kreuz die folgende Erklärung für den Fall Ihres Todes:

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).



### **3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb unseres Unternehmens**

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### **3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

#### **3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)**

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung oder die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, in Einzelfällen nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.volkswohl-bund.de](http://www.volkswohl-bund.de) eingesehen oder bei der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund bzw. unter [info@volkswohl-bund.de](mailto:info@volkswohl-bund.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### **3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen können, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag den Rückversicherern vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherer uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen. Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### **3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

**4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

<b>Ort/Datum</b>	<input type="text"/>
<b>Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)/zu Versichernden</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Unterschrift des volljährigen zu Versichernden (falls nicht Antragsteller)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Unterschrift gesetzlich vertretene zu versichernde Person</b> (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s (bei minderjährigen zu Versichernden)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Unterschrift des volljährigen Mituversichernden</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Unterschrift gesetzlich vertretene mitzuversichernde Person</b> (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s (bei minderjährigen Mituversichernden)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Dienstleisterliste der VOLKSWOHL BUND Versicherungen

Gesellschaften der VOLKSWOHL BUND Versicherungen, die an der gemeinsamen Verarbeitung der Stammdaten teilnehmen:

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund  
 VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Südwall 37-41, 44137 Dortmund  
 Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37-41, 44137 Dortmund  
 prokundo GmbH, Südwall 37-41, 44137 Dortmund

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Auftraggeber	Stellen	Übertragene Aufgaben
VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.	General Reinsurance AG	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
	New Reinsurance Company Ltd., Zurich	– Rückversicherung Kapitalmarktrisiken
	Pro Claims Solution GmbH	– Telefonischer Kundenservice – Assistance-Leistungen
	Malteser Hilfsdienst gGmbH	– Telefonischer Kundenservice – Assistance-Leistungen
	Medicals Direct Deutschland GmbH	– Unterstützung bei Leistungsanträgen
	Infoscore Consumer Data GmbH	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	Creditreform AG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	CRIF Bürgel Dortmund GmbH & Co KG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	SCHUFA Holding AG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG	VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.	– Risikobeurteilung
	General Reinsurance AG	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
	E+S Rückversicherung AG	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
	Swiss Re Europe S.A.	– Risikobeurteilung, Schadenabwicklung
	Deutsche Rückversicherung AG	– Schadenabwicklung
	Malteser Service Center	– Telefonischer Kundenservice
	Malteser Hilfsdienst gGmbH	– Assistance-Leistungen
	Europe Assistance Service GmbH	– Assistance-Leistungen
	ROLAND Assistance GmbH	– Telefonischer Kundenservice – Reha- und Assistance-Leistungen
	ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG	– Schadenabwicklung
	ARAG SE	– Telefonische Rechtsberatung
	GDV Dienstleistungs GmbH & Co KG	– Zentralruf der Versicherer, – Branchennetz – Nachrichtenservice
	HARRI Kundendienst – Notrufzentrale, Holger Wesselmann GmbH	– KFZ-Schadenhotline
	informa HIS GmbH	– Hinweis- und Informationssystem (HIS) der deutschen Versicherungswirtschaft
	Infoscore Consumer Data GmbH	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	Creditreform AG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
Info-Partner KG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)	
CRIF Bürgel Dortmund GmbH & Co KG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)	
prokundo GmbH	– Vertragsbearbeitung und -verwaltung – Schadenregulierung	
prokundo GmbH	Infoscore Consumer Data GmbH	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
Dortmunder Lebensversicherung AG	VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.	– Vertragsbearbeitung und -verwaltung
	General Reinsurance AG	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
	Swiss Re Europe S.A.	– Risikobeurteilung
	Niederlassung Deutschland	– Schadenabwicklung
	CRIF Bürgel Dortmund GmbH & Co KG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)

Darüber hinaus arbeiten die Gesellschaften der VOLKSWOHL BUND Versicherungen mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten/ personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen, bei denen die Datenverarbeitung jedoch kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Kategorien	Übertragene Aufgaben
Gutachter, Sachverständige und Schadenregulierer	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung – Objekteinwertung
Adressermittler	– Adressprüfung
Rechtsanwaltskanzleien	– Rechtsverfolgung, Rechtsberatung
Inkassounternehmen	– Einzug von Forderungen
IT-Wartungsdienstleister	– Wartung von Systemen/Anwendungen
IT-und Telekommunikationsdienstleister	– IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
Entsorger	– Aktenentsorgung
Dienstleister für Reha-, Hilfs- und Pflegeleistungen	– Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen
Übersetzungsbüros	– Übersetzungen
Auslandsregulierungsbüros	– Abwicklung von Schäden mit Auslandsbezug
Autoglaser	– Scheibenreparatur und -ersatz
KFZ-Werkstätten und Werkstattnetze	– Reparatur beschädigter Kraftfahrzeuge
Autovermietungen	– Vermietung von Fahrzeugen an Unfallgeschädigte
Restwertbörsen	– Ermittlung von Restwertangeboten im Bereich KFZ-Schaden
Sanierer	– Durchführung von Sanierungsarbeiten im Schadenfall
Leckorter und Trockner	– Durchführung von Leckortungs- und Trocknungsarbeiten
Sonstige Dienstleister zur Unterstützung und Schadenregulierung	– Belegprüfung, technische Prüfung

#### **Hinweis zur Übermittlung personenbezogener Daten an Dienstleister – Widerspruchsrecht**

Eine Übermittlung personenbezogener Daten an die oben genannten Dienstleister erfolgt nur, wenn dies zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses oder zur Wahrung unserer berechtigten Interessen (z. B. im Rahmen der Risikoprüfung oder Schaden- und Leistungsbearbeitung) erforderlich ist. Die Übermittlung im Rahmen einer Funktionsübertragung nach Art. 22 Code of Conduct unterbleibt, wenn der Betroffene widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass sein schutzwürdiges Interesse wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse des Auftraggebers an einer Übermittlung übersteigt.

# Hinweise zum Datenschutz

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Bitte informieren Sie etwaig andere betroffene Personen (z. B. Bezugsberechtigte, Beitragszahler, etc.) entsprechend.

## Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.  
Südwall 37-41  
44137 Dortmund  
Telefon 0231 / 5433-0  
Fax 0231 / 5433-400  
E-Mail-Adresse [info@volkswohl-bund.de](mailto:info@volkswohl-bund.de)

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: [datschutz@volkswohl-bund.de](mailto:datschutz@volkswohl-bund.de)

## Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter <https://www.volkswohl-bund.de/datschutz> abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung.

## Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit uns oder einer anderen Gesellschaft des VOLKSWOHL BUND-Konzerns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

## Herkunft der Daten

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, wenn Sie mit uns in Kontakt treten, z. B. als Interessent, im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung oder als Anspruchsteller. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von Ihrem für Sie zuständigen Vermittler, für Sie tätigen Makler, von einem anderen Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns oder sonstigen Dritten (z. B. einer Kreditauskunft, Adressdienstleister, Bundeszentralamt für Steuern, Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen) zulässigerweise (z. B. zur Ausführung von Aufträgen, zur Erfüllung von Verträgen oder aufgrund einer erteilten Einwilligung) erhalten haben. Außerdem verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Schuldnerverzeichnisse, Handels- und Vereinsregister, Presse, Medien, Internet) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdaten, Staatsangehörigkeit), Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten), Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten.

## An welche Kategorien von Empfängern geben wir Ihre Daten weiter?

### Rückversicherer:

Um jederzeit zur Erfüllung unserer Verpflichtungen aus den Versicherungsverhältnissen in der Lage zu sein, geben wir biometrische Risiken (das sind z. B. Todesfall- und Berufsunfähigkeitsrisiken sowie Risiken wegen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit) und Kapitalmarktrisiken (das sind z. B. Risiken aus der Wertentwicklung von Kapitalmarktindizes und Investmentfonds) an Rückversicherer weiter. Zur Begründung, Durchführung (einschließlich Leistungserbringung) und Beendigung der Rückversicherungsverträge kann es erforderlich sein, Ihre Vertragsdaten und – bei biometrischen Risiken – auch Ihre Antrags- und Schadendaten an den jeweiligen Rückversicherer zu übermitteln.

Wir übermitteln Ihre Daten an die Rückversicherer dabei stets nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist, bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Dazu ist es häufig – bei Kapitalmarktrisiken immer – ausreichend, die Daten aus Ihrem Vertragsverhältnis in pseudonymisierter Form an die Rückversicherer zu übermitteln. Bei diesen pseudonymen Daten erhalten die Rückversicherer die relevanten Daten zusammen mit einer Vertragskennung, nicht aber mit Ihrem Namen oder anderen, zur direkten Identifizierung Ihrer Person geeigneten Daten. Die Zuordnung der pseudonymen Daten zu Ihrer Person ist im Regelfall nur uns möglich. Für die Rückversicherung biometrischer Risiken kann es darüber hinaus erforderlich sein, Ihre Daten zusammen mit Ihrem Namen an die Rückversicherer zu übermitteln, damit diese sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen, unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen und prüfen können, ob bei Ihnen mehrere Verträge für Sie rückversichert sind (Kumulkontrolle). Berufsunfähigkeitsrisiken rückversichern wir derzeit bei der Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG.

Nähere Informationen, wie die Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG Ihre Daten verarbeitet, erhalten Sie unter <https://www.munichre.com/de/allgemein/datschutz/data-protection.html>.

Alle anderen biometrischen Risiken geben wir an die General Reinsurance AG, Köln, weiter. Nähere Informationen dazu, wie er Ihre Daten verarbeitet, stellt Ihnen dieser Rückversicherer unter [de.genre.com/Datschutz/HinweiseArt14DSGVO/](https://www.genre.com/Datschutz/HinweiseArt14DSGVO/) zur Verfügung.

Kapitalmarktrisiken rückversichern wir derzeit ausschließlich bei der New Reinsurance Company Ltd, Zurich, Schweiz. Sie ist ein Unternehmen der Munich Re Rückversicherungsgruppe. Nähere Informationen, wie die Munich Re Rückversicherungsgruppe Ihre Daten verarbeitet, erhalten Sie unter <https://www.munichre.com/de/allgemein/dsgvo.html>.

Sie können die Informationen der Rückversicherer auch unter unseren oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

#### Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

#### Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

#### Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <http://www.volkswohl-bund.de/cms/datenschutz> entnehmen.

#### Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

#### Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

#### **Betroffenenrechte**

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

#### **Widerspruchsrecht**

**Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.**

#### **Beschwerderecht**

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen  
Kavalleriestraße 2-4  
40213 Düsseldorf

#### **Bonitätsauskünfte**

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden (im Folgenden „ICD“ genannt). Rechtsgrundlage dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 b und Art. 6 Abs. 1 f DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur ICD i. S. d. Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie in der Anlage beziehungsweise unter folgendem Link [<https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>].

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei den Unternehmen der creditreform-Gruppe sowie der CRIF Bürgel Dortmund GmbH & Co KG Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

### **1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten**

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o.a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

### **2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD**

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z. B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungsbkauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

### **3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD**

Die ICD ist ein Auskunftseunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Rechnungsbkauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

### **4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD**

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseintragungen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-)Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

### **5. Herkunft der Daten der ICD**

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

### **6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD**

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, im Vereinigten Königreich und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z.B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

### **7. Dauer der Datenspeicherung der ICD**

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist.

Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschrufen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband Die Wirtschaftsauskunfteien e.V. zusammengeschlossenen Auskunftseunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

### **8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD**

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde -Der Landesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg, Königstr. 10a, 70173 Stuttgart- zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

**Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.**

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen:

Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft)

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <http://www.finance.arvato.com/de/verbraucher/selbstauskunft.html> beantragen.

### **9. Profilbildung/Profiling/Scoring**

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Ziff. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichnis-Eintragungen und Insolvenzverfahren (siehe Ziff. 4. u. 5.), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekantsein der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z.B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

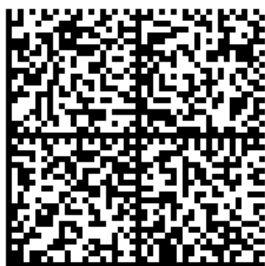
Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z.B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.



## Vertriebspartner-Informationen

Vertriebspartner-Informationen		
Name	Partnerkennung	Büro-Nr.
IHK-Registrierungsnummer	Abweichender Bestand	
Infofeld	Infofeld 2	

## Informationen zur vereinfachten maschinellen Erfassung



# Unterschriften

## SEPA-Lastschriftmandat

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 13ZZZ00000141064

Mit diesem Formular ermächtige ich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. zum Lastschrifteinzug.

Diese wird mich rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer mitteilen.

**Daten des Kontoinhabers**  Herr  Frau  Firma (nur auszufüllen, falls nicht Antragsteller)

**Name, Vorname/Firma**

**Straße, Haus-Nr.**

**PLZ, Ort**

Ich ermächtige die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., falls erforderlich, spätestens 5 Kalendertage vor dem SEPA-Lastschrifteinzug hierüber eine Information an mich versendet. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift, alternativ  einmalige Lastschrift

**IBAN** \_\_\_\_\_

**BIC** \_\_\_\_\_

**Kreditinstitut**

**Datum, Unterschrift des Kontoinhabers**

X

Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

## Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bestätige, dass ich die Erklärung „**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung Ihrer Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung**“ auf den folgenden Seiten erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Diese Erklärung enthält eine Einwilligung in die **Weitergabe meiner nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.** für den Fall der **Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)** und der **Datenweitergabe an selbstständige Vermittler** sowie eine **Schweigepflichtentbindung** für die Mitarbeiter der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.

**Nähere Informationen zum Umfang der Einwilligung und der Schweigepflichtentbindung können Sie der als Anlage zu diesem Antrag beigefügten Erklärung sowie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen.**

Ich erkläre meine Einwilligung in die in der Erklärung beschriebene Weitergabe meiner Daten.

**Ort/Datum**

**Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)/zu Versichernden**

X

**Unterschrift der volljährigen zu versichernden Person (falls nicht Antragsteller)**

X

**Unterschrift gesetzlich vertretene Person** (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

X

**Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s** (bei minderjährigen zu Versichernden)

X

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags in Textform erhalten habe. Das gilt entsprechend für Informationen bei Versicherungsanlageprodukten gemäß § 7b Versicherungsvertragsgesetz.

Das Basisinformationsblatt wurde mir vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags wunschgemäß auf Papier zur Verfügung gestellt (gilt nicht für die Sofort beginnende Rentenversicherung, abweichend  auf einem anderen dauerhaften Datenträger oder  über eine Website.

Die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ wurden mir ausgehändigt.

**Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)**

X

## Wichtig!

Bitte nehmen Sie die mit diesem Formular ausgehändigten Vertragsinformationen zu Ihren Unterlagen.

Nach Unterzeichnung dieses Antrags erhalte ich hiervon eine Durchschrift.

**Ort/Datum**

**Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)/zu Versichernden**

X

**Unterschrift des volljährigen zu Versichernden (falls nicht Antragsteller)**

X

**Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s** (bei minderjährigen zu Versichernden)

X

Bitte beachten Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ auf den folgenden Seiten, sowie die dort zu treffenden Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich der Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, die Sie bitte gesondert und zusätzlich unterschreiben. Bitte beachten Sie darüber hinaus die beigefügten Datenschutzhinweise.

Ich bestätige, dass der Kunde dem Zielmarkt angehört.

Der Kunde gehört **nicht** dem Zielmarkt an. Der Kunde äußerte ausdrücklich den Wunsch, dass der Vertrag trotzdem abgeschlossen wird. Dieser Wunsch wurde im Beratungsprotokoll dokumentiert.

Bei Beiträgen von mehr als 3.000 Euro pro Jahr (250 Euro pro Monat): Ich bestätige, dass mir das Ausweisdokument des Antragstellers im Original vorgelegen hat. Die angefertigte Kopie dieses Dokuments stimmt mit dem Original überein.

**Unterschrift des Vermittlers**

X

# Unterschriften

## SEPA-Lastschriftmandat

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 13ZZZ00000141064

Mit diesem Formular ermächtige ich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. zum Lastschrifteinzug.

Diese wird mich rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer mitteilen.

**Daten des Kontoinhabers**  Herr  Frau  Firma (nur auszufüllen, falls nicht Antragsteller)

Name, Vorname/Firma

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Ich ermächtige die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., falls erforderlich, spätestens 5 Kalendertage vor dem SEPA-Lastschrifteinzug hierüber eine Information an mich versendet. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift, alternativ  einmalige Lastschrift

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut

Datum, Unterschrift  
des Kontoinhabers

X

Wichtig: Das Mandat ist nur mit  
Datum und Unterschrift gültig!

## Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bestätige, dass ich die Erklärung „**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung Ihrer Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung**“ auf den folgenden Seiten erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Diese Erklärung enthält eine Einwilligung in die **Weitergabe meiner nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.** für den Fall der **Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)** und der **Datenweitergabe an selbstständige Vermittler** sowie eine **Schweigepflichtentbindung** für die Mitarbeiter der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.

Nähere Informationen zum Umfang der Einwilligung und der Schweigepflichtentbindung können Sie der als Anlage zu diesem Antrag beigefügten Erklärung sowie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen.

Ich erkläre meine Einwilligung in die in der Erklärung beschriebene Weitergabe meiner Daten.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

(Versicherungsnehmers)/zu Versichernden

X

Unterschrift der volljährigen zu versichernden  
Person (falls nicht Antragsteller)

X

Unterschrift gesetzlich vertretene Person  
(bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit,  
frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

X

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s  
(bei minderjährigen zu Versichernden)

X

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags in Textform erhalten habe. Das gilt entsprechend für Informationen bei Versicherungsanlageprodukten gemäß § 7b Versicherungsvertragsgesetz.

Das Basisinformationsblatt wurde mir vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags wunschgemäß auf Papier zur Verfügung gestellt (gilt nicht für die Sofort beginnende Rentenversicherung, abweichend  auf einem anderen dauerhaften Datenträger oder  über eine Website.

Die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ wurden mir ausgehändigt.

Unterschrift des Antragstellers  
(Versicherungsnehmers)

X

## Wichtig!

Bitte nehmen Sie die mit diesem Formular ausgehändigten Vertragsinformationen zu Ihren Unterlagen.

Nach Unterzeichnung dieses Antrags erhalte ich hiervon eine Durchschrift.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

(Versicherungsnehmers)/zu Versichernden

X

Unterschrift des volljährigen zu Versichernden  
(falls nicht Antragsteller)

X

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s  
(bei minderjährigen zu Versichernden)

X

Bitte beachten Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ auf den folgenden Seiten, sowie die dort zu treffenden Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich der Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, die Sie bitte gesondert und zusätzlich unterschreiben. Bitte beachten Sie darüber hinaus die beigefügten Datenschutzhinweise.

Bei Beiträgen von mehr als 3.000 Euro pro Jahr (250 Euro pro Monat): Ich bestätige, dass mir das Ausweisdokument des Antragstellers im Original vorgelegen hat. Die angefertigte Kopie dieses Dokuments stimmt mit dem Original überein.

Unterschrift des Vermittlers

X

# Einwilligung in die Erhebung und Verwendung Ihrer Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir, die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen (z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister etc.) weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Weitergabe von Daten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

## Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### 1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten kommen kann, in Einzelfällen nicht selbst durch und übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.volkswohl-bund.de](http://www.volkswohl-bund.de) eingesehen oder bei der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund bzw. unter [info@volkswohl-bund.de](mailto:info@volkswohl-bund.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe der nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 2. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und dass diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen. Ich entbinde die Mitarbeiter der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. insoweit von ihrer Schweigepflicht.