

**Interne Vermerke**

(von der Agentur oder dem Geschäftspartner auszufüllen)

Agt.-Nr.	Vermittelt durch
----------	------------------

**A. Antragsteller**

(Versicherungsnehmer, zu versichernde Person, Beitragszahler, Bezugsberechtigter)

<input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname, Titel	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr		
Straße, Haus-Nr.		Telefon (für Rückfragen und Produktinformationen)
PLZ	Ort	Staatsangehörigkeit
		<input type="checkbox"/> D
Derzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständig	Wie krankenversichert?
	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> gesetzlich

**B. Rentenversicherung (Tarif S744)**mit Todesfallschutz (Tarif S720)  
mit Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (Tarif S752)

Monatsrente:	00 EUR	Versicherungsbeginn:	01 2007	Alter bei Rentenbeginn:	65 Jahre
mit 10.000 EUR Todesfallschutz vor Rentenbeginn (Risikoversicherung nach Tarif S720 bis Alter 65 Jahre) <input type="checkbox"/> ohne Todesfallschutz					
mit Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vor Rentenbeginn <input type="checkbox"/> ohne BUZ					
Mit Dynamik-Erhöhungen der Rentenversicherung: 3 % des Vorjahresbeitrages der Rentenversicherung – BUZ – nach Tarif S752 bis Alter 65 Jahre					
3 % des Vorjahresbeitrages der Rentenversicherung oder abweichender Erhöhungssatz <input type="checkbox"/> % (möglich sind 3 % bis 10 %) <input type="checkbox"/> ohne Dynamik-Erhöhungen					

**C. Beitrag/Zahlungsweise**

Zu zahlende Beitragsrate:	EUR	nach Verrechnung von Grundüberschussanteilen	Monatliche Zahlungsweise (nur per Lastschrift), wenn nicht nachstehend anders festgelegt:
			<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich

**D. Bezugsrecht im Todesfall**

(nur für den zusätzlichen Todesfallschutz)

Der überlebende Ehegatte, mit dem die versicherte Person im Zeitpunkt des Todes verheiratet war, wenn nicht nachstehend anders festgelegt.

<input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname, Titel	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr		

**E. Fragen an die zu versichernde Person**

(nur bei Todesfallschutz oder Beitragsbefreiung)

1. Größe: cm	Gewicht: kg	4. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Störungen oder Beschwerden
		a) der Haut, Schleimhäute, Knochen oder Gelenke (auch Bandscheiben, Wirbelsäulenveränderungen, Rheuma)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. a) Sind Sie in Beruf oder Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. gefährlichen Stoffen, bei der Ausübung risikoreicher Sportarten)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		b) des Herzens, des Kreislaufes, der inneren oder äußeren Organe; Tumore, Bluthochdruck, Blutfetterhöhungen, Zucker- und Drüsenerkrankungen, Geistes-, Gemütsleiden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Sind Sie beruflich im Reit- und Pferdesport tätig (z. B. als Pferdepfleger, beruflicher Pferdesportler, Pferdewirt, Pferdezüchter, Bereiter, Berufsreiter, Reitlehrer oder Reittrainer)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		5. Fanden bei Ihnen Blut-, Urin- oder andere Untersuchungen statt, durch die eine Virusinfektion (auch Antikörperbefund) oder sonst ein krankhafter Befund (z. B. Rheuma, Hepatitis, Allergien, HIV) festgestellt wurde? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn „ja“ bei a) und/oder b) bitte erläutern:		6. Sind Sie in den letzten 6 Jahren untersucht, beraten oder behandelt worden (auch Krankenhaus, Heilstätten-, Kuraufenthalte)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>		7. Nehmen/nahmen Sie wiederholt oder gewohnheitsmäßig Medikamente, Drogen oder Alkohol, oder werden/wurden Sie dahingehend beraten oder behandelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Welcher Arzt/Behandler (z. B. Hausarzt) ist über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichtet? (Bitte Namen und vollständige Anschrift angeben!)		8. Besteht eine Beeinträchtigung Ihrer Arbeitsfähigkeit, oder beziehen, bezogen oder beantragten Sie eine Rente oder Pension? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>		

**Nähere Angaben und Erläuterungen zu den Fragen 2. - 8.:** Ein gesondertes Blatt mit weiteren Angaben und Erläuterungen ist beigelegt.

Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörung, Beschwerden, Behandlung usw. / Untersuchungsergebnis / Medikamente	Von wann bis wann aufgetreten / behandelt ?	Namen und Anschriften der Ärzte / Behandler, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

**F. Lastschrift-einzugs-ermächtigung**

Die Beiträge sind bis auf Widerruf bei Fälligkeit von dem nachstehenden Konto einzuziehen:

<input type="checkbox"/> Lastschrift zum 1.	Konto-Nr.	Bankleitzahl	Geldinstitut
<input type="checkbox"/> Lastschrift zum 15.			
Name, Vorname und Unterschrift, falls abweichender Kontoinhaber/-in			

**G. Schluss-erklärung des Antragstellers mit Unterschrift**

**Wichtiger Hinweis: Vor Ihrer Unterschrift überprüfen Sie bitte alle Angaben, insbesondere zum Gesundheitszustand, und lesen Sie die Schlusserklärungen auf der Antragsrückseite. Diese enthalten u. a. Ihre Bestätigung der Angaben zum Gesundheitszustand nebst Nachmeldepflicht, die Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung, eine Belehrung über Ihr Widerspruchsrecht sowie weitere wichtige Hinweise. Mit Ihrer Unterschrift werden die Schlusserklärungen Bestandteil dieses Antrages.**

Ort, Datum	Antragsteller (Vorname, Name)	Vermittler/-in
------------	-------------------------------	----------------

# Schlussfolgerungen des Antragstellers

## » 1. Vertragsgrundlagen

Der Versicherungsvertrag wird für mich ganz persönlich abgeschlossen. Für die Rentenversicherung nach Tarif S744 gelten die „Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung“. Für die Risikoversicherung nach Tarif S720 (Todesfallschutz) gelten die „Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung“ und für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach Tarif S752 gelten die „Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung“. Die Versicherungsbedingungen und die weiteren, gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen nach § 10 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) werden mir zusammen mit dem Versicherungsschein übermittelt, sofern ich nicht eine sofortige Aushändigung verlange.

Eine Durchsicht des Antrages wird mir sofort nach dessen Unterzeichnung ausgehändigt.

## » 2. Tarifkurzbeschreibungen

Bei der **Rentenversicherung nach Tarif S744** wird nur bei Erleben des vereinbarten Rentenzahlungsbeginns, frühestens ab Vollendung des 60. Lebensjahres, eine lebenslange, monatliche Leibrente auf das Leben des Antragstellers gezahlt. Die Leistungsansprüche sind nicht vererblich, nicht übertragbar, nicht beleihbar, nicht veräußerbar und nicht kapitalisierbar. Darüber hinaus erfolgen keine Auszahlungen.

Wenn die Rentenversicherung mit Todesfallschutz beantragt wird, wird sie ergänzt um eine **Risikoversicherung** nach Tarif S720, die in einem eigenen Versicherungsschein dokumentiert wird. Bei Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer wird die vereinbarte Versicherungssumme gezahlt.

Wenn nichts anderes vereinbart ist, wird die Renten- und – sofern eingeschlossen – die Risikoversicherung jeweils um eine **Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung** (BUZ) nach Tarif S752 ergänzt. Bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person während der Versicherungsdauer entfällt die Verpflichtung zur Beitragszahlung für die jeweilige Hauptversicherung.

**Mir ist bekannt**, dass im Falle einer Berufsunfähigkeit die Leistungen aus der BUZ längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer der Zusatzversicherung gewährt werden, auch wenn der Lebens- bzw. Rentenversicherungsvertrag über den Ablauf der Leistungsdauer der Zusatzversicherung hinaus fortdauert und weiterhin Berufsunfähigkeit besteht. Insbesondere entfällt die Verpflichtung zur Beitragszahlung für die Hauptversicherungen nur bis zum Ablauf der BUZ. Endet die BUZ vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherungen, ist die Beitragszahlung für die Hauptversicherungen wieder aufzunehmen, auch wenn weiterhin Berufsunfähigkeit besteht.

## » 3. Zustandekommen der Verträge

**Mir ist bekannt**, dass die Versicherungsverträge erst zustande kommen, wenn die Versicherungsscheine der Uelzener Lebensversicherungs-AG übermittelt werden oder die Uelzener Lebensversicherungs-AG schriftlich die Annahme der Anträge erklärt.

## » 4. Widerspruchsrecht

Nach Erhalt der Versicherungsscheine, der Versicherungsbedingungen und der vollständigen Verbraucherinformationen nach § 10 a VAG habe ich nach § 5 a des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die Möglichkeit, innerhalb einer Frist von 30 Tagen nach Erhalt der Unterlagen den Versicherungsverträgen zu widersprechen. Dabei genügt zur Wahrung der Frist die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

## » 5. Beantwortung der Antragsfragen

**Mir ist bekannt**, dass ich gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) alle für die Übernahme des zu versichernden Risikos bedeutsamen Umstände **auch ungefragt** anzuzeigen habe, und zwar auch dann, wenn sie erst zwischen Antragstellung und Zustandekommen der Versicherungsverträge auftreten oder bekannt werden.

**Ich bestätige**, dass ich alle eingetragenen Angaben, insbesondere zum Gesundheitszustand, nochmals überprüft habe und diese vollständig schriftlich niedergelegt und so wiedergegeben sind, wie ich sie gemacht habe. Dabei sind auch von mir für unwesentlich gehaltene Er-

krankungen oder Beschwerden angegeben. **Wenn bis zum Zustandekommen der Versicherungsverträge Umstände eintreten oder mir bekannt werden, die zur Änderung der Angaben unter Abschnitt E dieses Formulars führen, werde ich diese unverzüglich der Uelzener Lebensversicherungs-AG schriftlich anzeigen.**

**Ich weiß**, dass bei Verletzung dieser Pflichten die Uelzener Lebensversicherungs-AG von den Versicherungsverträgen zurücktreten oder sie anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern kann.

## » 6. Überschussbeteiligung

Die Versicherungsverträge sind nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen am Überschuss beteiligt. **Die Leistungen aus der Überschussbeteiligung sind vom Risikoverlauf abhängig; sie können deshalb nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.**

**Mir ist bekannt**, dass sich die Leistungen aus der Überschussbeteiligung ändern können, wenn sich die Höhe der Überschussanteile ändern sollte.

## » 7. Beiträge

Die Beiträge sind bis zum Ende des Versicherungsjahres zu zahlen, in dem die Versicherungen enden, längstens bis zum Ablauf der Aufschubzeit. Die Beiträge sind in Jahresbeiträgen zu zahlen, bei denen auch monatliche, viertel- oder halbjährliche Zahlung gegen Ratenzahlungszuschlag (5 %, 3 %, 2 %) vereinbart werden kann.

Für die Versicherungen sind die im Versicherungsschein ausgewiesenen Tarifbeiträge vertraglich garantiert.

**Soweit Überschüsse zur Beitragsverrechnung verwendet werden, ergibt sich eine vom Tarifbeitrag abweichende, niedrigere zu zahlende Beitragsrate. Auch diese mit dem Beitrag verrechneten Überschussanteile können nicht für die gesamte Beitragszahlungsdauer garantiert werden.**

**Mir ist bekannt**, dass sich die um Überschussanteile verminderte Beitragsrate ändern kann, wenn sich die Höhe der Überschussanteile ändern sollte.

## » 8. Dynamik-Erhöhungen

Sind Dynamik-Erhöhungen der Rentenversicherung vereinbart, so erhöhen sich Beitrag und Versicherungsleistungen gemäß den „Besonderen Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung“.

## » 9. Entbindung von der Schweigepflicht

Ich ermächtige den Versicherer, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten fünf Jahre nach der Antragsannahme. Der Versicherer darf auch Ärzte, die die Todesursache feststellen, die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen.

Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, darf der Versicherer die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben befragen.

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

## » 10. Datenverarbeitung

**Ich willige ein**, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder

der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer übermittelt zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche sowie zur Abwicklung der Rückversicherung, ferner an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer, außerdem an andere Versicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

**Ich willige ferner ein**, dass die Uelzener Versicherungen meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheit dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf die Verträge und jederzeit widerrufbar **willige ich ferner ein**, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Dienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit den weiteren, gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

## » 11. Sonstiges

**Ich habe zur Kenntnis genommen**, dass die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht ist.

**Mir ist bekannt**, dass der Vermittler nicht berechtigt ist, vom Antragsteller irgendwelche Kosten oder sonstige Gebühren für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben. Auch ist er nicht berechtigt, Beiträge zu kassieren.

**Ich wurde darauf hingewiesen**, dass Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, stets schriftlich erfolgen müssen. Für den Versicherer bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie diesem zugegangen sind. Vermittler sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.



Uelzener Lebensversicherungs-AG

Vorstand:

Heinz-Werner Lehmann (Vorsitzender),  
Hans-Christian Heim,  
Dr. Theo Hölscher

Aufsichtsratsvorsitzender: Friedrich Jahncke

Registergericht:

Amtsgericht Lüneburg, HR B 120277

Sitz der Gesellschaft: Uelzen

Telefon 0581 8070-0, Fax 0581 8070-250

Besuchsanschrift:

Veerßer Straße 65/67, 29525 Uelzen

Postanschrift: Postfach 2163, 29511 Uelzen

Bankverbindung:

Sparkasse Uelzen-Lüchow-Dannenberg, Uelzen

BLZ 258 501 10, Konto-Nr. 18 08 48 30

www.uelzener.de • leben@uelzener.de