

 Pensionmaster Planner (regelmäßige Prämien) Pensionmaster Investor (Einmalprämie)

Bitte lesen Sie die „Wichtigen Hinweise“ und füllen Sie dieses Antragsformular aus. Bitte lesen Sie ebenso aufmerksam die Erklärungen und Erläuterungen in diesem Antragsformular. Ihr Vermittler wird das Formular für Sie an folgende Adresse weiterleiten:

Clerical Medical Investment Group Limited, European Branch Office, Randwycksingel 35, NL-6229 EG Maastricht (P.O. Box 377, NL-6200 AJ Maastricht), Niederlande.

Bei Annahme Ihres Antrages durch uns kommt der Versicherungsvertrag auf der Grundlage unserer geltenden Polizzenbedingungen zustande. Bitte lesen Sie diese aufmerksam durch.

## Wichtige Hinweise

Ihre Angaben in diesem Formular bilden die Grundlage für die Beurteilung Ihres Antrages. Sie müssen sie daher vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen beantworten. Sie müssen uns alle Informationen mitteilen, die für unsere Entscheidung über die Annahme Ihres Antrages maßgeblich sind und/oder diese beeinflussen könnten. Wenn Sie nicht sicher sind, ob bestimmte Angaben für Ihren Antrag von Bedeutung sind, sollten Sie sie vorsichtshalber anführen.

Der Vertrag wird wirksam und der Versicherungsschutz beginnt, wenn wir Ihren Antrag – in der Regel durch Übersendung der Polizze – angenommen haben und Sie die erste regelmäßige Prämie bzw. Einmalprämie gezahlt haben. Vor dem in der Polizze angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

Ungeachtet des beantragten Vertragsbeginns stellt Clerical Medical die Polizze erst nach Eingang aller für die Ausstellung des Vertrages benötigten Informationen und nach vollständiger Zahlung der zwischen dem beantragten Vertragsbeginn und dem Ausstellungsdatum der Polizze (einschließlich) fälligen Prämie(n) aus.

Prämien, die zwischen dem beantragten Vertragsbeginn und dem Ausstellungsdatum der Polizze (einschließlich) fällig werden, werden dem Vertrag am Ausstellungsdatum der Polizze zu dem auf Vorwärtsrechnungsbasis ermittelten Anteilspreis zugeteilt.

Ich bin mir bewusst, dass keine der Personen, die mich hinsichtlich des von mir beantragten Vertrags beraten haben, für Clerical Medical tätig ist. Diese beratenden Personen sind daher nicht befugt, Clerical Medical zu repräsentieren, und haben daher auch keine Befugnis, Verträge oder Vereinbarungen im Namen oder im Auftrag von Clerical Medical einzugehen. Ferner sind sie nicht berechtigt, im Namen von Clerical Medical Angebote anzunehmen, Polizzen auszustellen oder andere Verpflichtungen seitens Clerical Medical auszusprechen.

Ich bin mir bewusst, dass alle Prämien über die im Antragsformular unter Punkt D angegebene Kontoverbindung ausschließlich direkt an Clerical Medical zu zahlen sind. In keinem Fall sollten Prämien an den Versicherungsvermittler oder Dritte gezahlt werden.

Ich bin mir bewusst, dass – wie in den „Wichtigen Hinweisen“ des Antragsformulars angegeben – der Vertrag erst dann wirksam wird und der Versicherungsschutz beginnt, wenn ich die erste regelmäßige Prämie bzw. Einmalprämie (wie für den Tarif vorgesehen) gezahlt habe und Clerical Medical den Antrag – in der Regel durch Übersendung der Polizze – in schriftlicher Form angenommen hat. Vor dem in der Polizze angegebenen Beginn der Versicherung besteht kein Versicherungsschutz.

**A. Angaben zur Person des/der Antragstellers/Antragstellerin (Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen)**

Anrede  Herr  Frau  
 Titel/Vorname(n)/Nachname/Firma  
 Max Mustermann

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort/Land  
 Mustergasse 25  
 1234 Musterhausen

Telefonnummer 123 45 67 E-Mail max.mustermann@mail.at  
 Geburtsdatum 01|01|1980 Familienstand  ledig  verheiratet  
 Staatsangehörigkeit Österreich

Bei Antragsteller Unternehmen: In welchem Land ist das Unternehmen eingetragen, und wo ist der tatsächliche Verwaltungssitz?  
 Identitätsnachweis  Personalausweis  Führerschein  Reisepass Pass-/Ausweis-/Führerscheinnummer P 123456 H  
 Ausgestellt von BPD Musterhausen  
 am 01|01|2000 gültig bis 01|01|2010 Bitte fügen Sie eine Ausweiskopie bei.

Beruf/ausgeübte Tätigkeit Lehrer  
 Versicherungsgrund Altersvorsorge

**Angaben zum Antragsteller**  
 Antragsteller (Versicherungsnehmer) – natürliche oder juristische Rechtsperson, mit der der Vertrag eingegangen wird.

**B. Angaben zur versicherten Person**

Einzelleben  Verbundene Leben auf Erstversterbensbasis

**1. Versicherte Person** (falls nicht mit Antragsteller identisch)  wie oben  
**2. Versicherte Person** (falls gewünscht) während der Ansparphase

Anrede  Herr  Frau  
 Titel/Vorname(n)/Nachname

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort/Land

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum Familienstand  ledig  verheiratet  
 Pass-/Ausweis-/Führerscheinnummer (Kopie erforderlich)

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Beziehung zum/zur Antragsteller/in

Die 1. Versicherte Person ist auch immer der 1. Rentenversicherte /-bezieher (keine Änderung möglich)

Die 2. Versicherte Person kann, muss aber nicht, der zusätzliche Rentenversicherte in der Rentenphase sein.

Basiert der Vertrag auf „Einzelleben“ und handelt es sich bei der versicherten Person nicht um den Antragsteller, so ergänzen Sie bitte die erforderlichen Angaben.  
 Basiert der Vertrag auf „verbundene Leben auf Erstversterbensbasis“, so machen Sie bitte zusätzlich Angaben in den Feldern zur 2. Versicherten Person. In diesem Fall wird der Vertrag fällig, sobald eine der versicherten Personen verstirbt.

Hinweis: Die Höchstzahl der versicherten Personen bei „Verbundene Leben auf Erstversterbensbasis“ beträgt 2. Das Höchstalter zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns beträgt sowohl beim Pensionmaster Planner als auch beim Pensionmaster Investor 65 Jahre. Die 1. versicherte Person kann nicht geändert werden.

**Zusätzlicher Rentenversicherter**

Zusätzliche Hinterbliebenenabsicherung ab Rentenbeginn (Einschluss 2. versicherte Person ab Rentenbeginn)  
 Ich wünsche den Einschluss einer zusätzlichen Hinterbliebenenabsicherung in der Rentenphase. Bei Tod der 1. versicherten Person wird ab diesem Zeitpunkt dem zusätzlich versicherten eine lebenslange Rente ausbezahlt.

identisch mit 2. versicherter Person in der Ansparphase

Anrede  Herr  Frau  
 Titel/Vorname(n)/Nachname

Geburtsdatum Familienstand  ledig  verheiratet  
 Pass-/Ausweis-/Führerscheinnummer (Kopie erforderlich)

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Beziehung zum/zur Antragsteller/in

Kann, muss aber nicht ident zur 2. Versicherten Person in der Ansparphase sein. Der zusätzliche Rentenversicherte erhält im Todesfall des 1. Rentenversicherten eine lebenslange Rente. Die Höhe der Rente ist abhängig vom gewählten Prozentsatz (50%, 67% oder 100%). Siehe Abschnitt E.

### C. Benennung von Bezugsberechtigten

Erlebt die 1. versicherte Person den Rentenbeginn, ist der Versicherungsnehmer bezugsberechtigter. Abweichend von dieser Standardregelung soll bezugsberechtigter sein:

Die nachfolgende namentlich bezeichnete Person

Anrede  Herr  Frau

Titel/Vorname(n)/Nachname

Hans Mustermann

zugewiesener Prozentsatz (ganze Zahlen)

100 %

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort/Land

Mustergasse 25

1234 Musterhausen

Ich möchte weitere Bezugsberechtigte benennen. Bitte benutzen Sie dafür ein separates unterzeichnetes Blatt

Bei Todesfall der 1. Versicherten Person während der Garantiezeit erhält der Versicherungsnehmer (nur wenn kein zusätzlicher Rentenversicherter gewählt) die Rente für die noch verbleibende Garantiezeit ausbezahlt. Abweichend von dieser Standardregelung können Sie hier eine andere Person definieren, an welche die Rente ausbezahlt werden soll.

Bezugsberechtigte(r) im Todesfall

Anrede  Herr  Frau

Titel/Vorname(n)/Nachname

Petra Mustermann

zugewiesener Prozentsatz (ganze Zahlen)

100 %

Straße/Hausnummer

Mustergasse 25

5678 Musterhausen

Im Todesfall der versicherten Person vor Rentenbeginn kann hier abweichend vom Versicherungsnehmer ein Bezugsberechtigter benannt werden.

### D. Allgemeine Angaben zum Vertrag

Wird/werden die Prämie(n) von einem auf Ihren eigenen Namen lautenden Konto überwiesen/eingezogen?  Ja  Nein

Handeln Sie auf eigene Rechnung?  Ja  Nein

Regelmäßige Prämien: Bitte beachten Sie die Hinweise auf der rechten Seite, falls Sie eine oder beide Fragen mit NEIN beantworten.

a) Zahlungsweise  
\*Bei monatlichen das Einzugsverfahren

b) Nettoprämie (in €) 200 zzgl. 4 % VSt. 8

Gesamtpremie (in €) 208

c) Ich beantrage automatische Prämienhöhung: (Dynamik auf die Grundsumme, d. h. die ursprüngliche Prämie)

in Höhe von  2,5 % pro Jahr  5 % pro Jahr  7,5 % pro Jahr  10 % pro Jahr

Unter bestimmten Umständen können Prämienhöhungen zu einer zusätzlichen Versicherungssteuer in Höhe von 7 % führen.

d) Zahlungsmethode  Einzugsermächtigung  Überweisung\*\*

Bitte laufend polizieren oder gewünschter Vertragsbeginn: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Falls Sie eine oder beide der links stehenden Fragen mit NEIN beantworten, geben Sie bitte auf einem separaten Blatt (vom/von der Antragsteller/in unterzeichnet und datiert) Anrede, Nachname, alle Vornamen, Geburtsdatum und Anschrift des Kontoinhabers oder der Person an, deren Kapital Sie investieren. Geben Sie zusätzlich bitte an, in welcher Beziehung Sie zu dieser Person stehen und warum diese die Zahlung für Sie durchführt. **Bitte legen Sie eine Ausweiskopie des Kontoinhabers sowie der Person, deren Kapital Sie investieren, bei, sofern es sich nicht um dieselbe Person handelt.**

Bitte ankreuzen, wenn Sie ein separates Blatt verwenden.

Einmalprämie (Pensionmaster Investor):

a) Nettoprämie (in €) [ ] zzgl. 4 % VSt. [ ]

Gesamtpremie (in €) [ ]

b) Zahlungsmethode  Einzugsermächtigung  Überweisung\*\*

\*\* Etwaige von der überweisenden Bank für die Überweisung an das Unternehmen erhobene Gebühren gehen zu Lasten des Auftraggebers, d. h., es muss evtl. ein über den fälligen Betrag hinausgehender Betrag gezahlt werden, um diese Gebühren zu decken.

### Kontoangaben Clerical Medical

Kontoinhaber: Clerical Medical Investment Group Limited, European Branch Office  
Kontonummer: 40463000

Bankleitzahl: 19100  
Bank: Deutsche Bank, Wien

BIC: DEUTATWW  
IBAN: AT78 1910 0000 4046 3000

### E. Angaben zur Rente

Rentenbeginn

Alter der 1. versicherten Person bei Rentenbeginn:

ODER

Gewünschte Dauer bis Rentenbeginn: 25 Jahre

Hinweis: Die 1. versicherte Person beginnt mit dem Rentenbeginn nicht

Garantiezeit

Die Garantiezeit beträgt [ ] Jahre. Der Zeitraum für den Rentenzahlungen garantiert sind, unabhängig davon, ob die versicherte(n) Person(en) am Leben ist/sind.

Bitte machen Sie hier Angaben zur Vertragslaufzeit.

Rentenzahlungsweise

monatlich  halbjährlich  
 vierteljährlich  jährlich

Prozentsatz, den der zusätzliche Rentenversicherte nach Ableben der 1. Versicherten Person bzw. nach Ende einer eventuell gewählten Garantiezeit lebenslang als Rente erhält.  100 %

Prämienzahlungsdauer  bis Rentenbeginn ODER [ ] Jahre

### F. Versicherungsoptionen (NUR PENSIONMASTER PLANNE)

1. Individuelle Todesfallleistung:

Betrag 500000 €

bis zu 500.000 € möglich Bei Prozentsätzen über 100% findet eine Einzelfallprüfung statt.

2. Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit:

Ich beantrage die Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit (Bei Wahl der Prämienbefreiung kann der Vertrag max. für 2 versicherte Personen abgeschlossen werden. Bitte beachten Sie die Angaben zu Alters- und Prämienhöchstgrenzen in den Policenbedingungen)

Falls eine Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit gewünscht wird, muss dem Antrag eine Musterberechnung beiliegen.

### G. Wahl des/der Fonds

Die Mindestzuteilung pro Fonds beträgt 5 % der zu entrichtenden Prämie. Bitte geben Sie den prozentualen Prämienanteil pro Fonds nur in ganzen Zahlen an. Weitere Informationen zu den Fonds entnehmen Sie bitte den Policenbedingungen.

- CMIG GA70% Flexible Fund
- CMIG GA80% Flexible Fund
- CMIG GA90% Flexible Fund

Die Mindestanlage pro Fonds beträgt 5 % der Prämie. Bitte geben Sie den prozentualen Prämienanteil pro Fonds nur in ganzen Zahlen an. Man kann täglich zwischen unseren Fonds wechseln, wobei 12 Wechsel im Jahr kostenfrei sind.

H. Kundenfragen gemäß § 75 Abs. 2 Ziffer 1 Versicherungsaufsichtsgesetz

1. Bisherige Erfahrung in Wertpapiergeschäften

	Nein/Keine	Ja, gelegentlich	Häufig/Seit Jahren	Inland	Ausland
a) Haben Sie bereits Wertpapiergeschäfte getätigt?					
Bankeinlagen (Termingeld/Sparbuch/-brief)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festverzinsliche Wertpapiere/Rentenfonds	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktien/Aktienfonds	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdwährungsbezogene Aktien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdwährungsbezogene Renten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investmentfonds	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hedge Fonds/Futures Fonds	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantiefonds	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Immobilien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optionsscheine und Finanztermingeschäfte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Gegenwärtig veranlagtes Vermögen	<input type="checkbox"/> bis 730 €	<input checked="" type="checkbox"/> 730 €–7.300 €	<input type="checkbox"/> 7.300 €–36.300 €	<input type="checkbox"/> über 36.300 €	

2. Finanzielle Verhältnisse

a) Wie hoch ist (ca.) Ihr Jahreseinkommen netto?  €

b) Für Zwecke der Lebensversicherung frei verfügbares monatliches Einkommen?  bis 180 €  180 €–360 €  360 €–730 €  über 730 €

c) Einmalig zur Verfügung stehendes Kapital?  €

d) Wie ist die geplante Lebensversicherung finanziert?  eigen  fremd

3. Welches Ziel verfolgen Sie mit der Anlage?

4. Was ist Ihr Anlagehorizont?

kurzfristig (1–2 Jahre)  mittelfristig (5–10 Jahre)

langfristig (mehr als 10 Jahre)

Summe  €

Ich möchte keine oder nur unvollständige Angaben zu den Fragen gemäß § 75 Abs. 2 Ziffer 1 Versicherungsaufsichtsgesetz machen.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass im Hinblick auf das Anlagerisiko keine bestmögliche Beratung erfolgen kann, wenn Sie keine oder nur unvollständige Angaben über Ihre persönlichen Verhältnisse machen.

I. Fragen zur Versicherungsfähigkeit der zu versichernden Person(en) (NUR PENSIONMASTER PLANNER)

Bitte beantworten Sie alle Fragen in den Abschnitten I und J. ... Angaben können Ihren Versicherungsschutz beeinflussen. Eine sorgfältige ... Ist der Platz für die Antworten hier zu knapp oder möchten Sie uns die ... Zusatzblatt mit weiteren Antworten – unterschrieben und datiert – beifügen.  Zusatzblätter sind beigegefügt.

Gesundheitsfragen

Die Fragen zur Versicherungsfähigkeit und die Gesundheitsfragen im Abschnitt I und J werden nur beim Pensionmaster Planner, sobald eine individuelle Todesfallleistung oder die Option „Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit“ gewählt wird, benötigt.

Diese Angaben sind 6 Monate nach Unterschriftsdatum gültig.

1. Versich...

1. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt, im Beruf (z. B. Absturz/Einsturz, durch fallende Gegenstände, Explosion, Strahlung, Gifte, Chemikalien) oder in der Freizeit (z. B. Wettfahrten, Flugsport, Drachen- und Gleitschirmfliegen, Hochseesegeln, Extrembergsteigen, Boxen, Mountainbike-Rennen)?

Nein

Welche(n) ?

(Hinweis: Je nach Sondergefahr erhalten Sie von Ihrem Versicherungsvermittler evtl. einen entsprechenden Zusatzfragebogen.)

(Hinweis: Je nach Sondergefahr erhalten Sie von Ihrem Versicherungsvermittler evtl. einen entsprechenden Zusatzfragebogen.)

2. Planen Sie, sich innerhalb der nächsten 2 Jahre länger als 8 Wochen ohne Unterbrechung außerhalb der Länder der Europäischen Union, der USA, Kanadas, Norwegens oder der Schweiz aufzuhalten?

Nein  Ja

Wann? Wohin? Zeitraum? Anlass?

Nein  Ja

Wann? Wohin? Zeitraum? Anlass?

3. Wurden in den letzten 12 Monaten für Ihre Person weitere Lebens- und/oder Berufsunfähigkeitsversicherungen abgeschlossen oder beantragt?

Nein  Ja

Gesellschaft(en)?

Nein  Ja

Gesellschaft(en)?

Versicherungssumme(n)?  €

Versicherungssumme(n)?  €

4. Wurden für Sie in den letzten 5 Jahren beantragte Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Kranken- oder Unfallversicherungen zu erschwerten Bedingungen angeboten, abgelehnt oder zurückgestellt?

Nein  Ja

Wann? Warum? Gesellschaft?

Ablehnung  Zurückstellung

Erschwerungsangebot  noch nicht entschieden

Nein  Ja

Wann? Warum? Gesellschaft?

Ablehnung  Zurückstellung

Erschwerungsangebot  noch nicht entschieden

5. Ihre Körpermaße

Größe  cm

Gewicht  kg

Größe  cm

Gewicht  kg

6.a Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? (Wenn Sie in den letzten 12 Monaten nicht geraucht haben, erhalten Sie einen Nichtraucherarif.)

Nein  Ja

Zigarillos  Zigaretten

Zigarren  Pfeife

Anzahl pro Tag

Nein  Ja

Zigarillos  Zigaretten

Zigarren  Pfeife

Anzahl pro Tag

6.b Haben Sie in den letzten 10 Jahren geraucht?

Nein  Ja

Wann zuletzt? (Monat/Jahr)

Nein  Ja

Wann zuletzt? (Monat/Jahr)

7. War bei Ihnen jemals ein HIV-/AIDS-Test positiv?

Nein  Ja

Nein  Ja

8. Name und Anschrift des Hausarztes oder des über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichteten Arztes:

Vorname(n)/Nachname/Straße/Hausnummer/PLZ, Ort

Vorname(n)/Nachname/Straße/Hausnummer/PLZ, Ort

### J. Gesundheitsfragen zu der/den zu versichernden Person(en) (NUR PENSIONMASTER PLANNER)

1. Versicherte Person	2. Versicherte Person
1. Haben Sie gegenwärtig oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, wegen denen Sie ambulant durch Ärzte oder andere Heilbehandler beraten, untersucht oder behandelt werden bzw. wurden (auch z. B. erhöhter Blutdruck, erhöhter Blutzucker, erhöhte Blutfett- oder Leberwerte sind anzugeben)? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Grund? Wann? Wie lange? Folgenlos geheilt? Behandler?	1. Haben Sie gegenwärtig oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, wegen denen Sie ambulant durch Ärzte oder andere Heilbehandler beraten, untersucht oder behandelt werden bzw. wurden (auch z. B. erhöhter Blutdruck, erhöhter Blutzucker, erhöhte Blutfett- oder Leberwerte sind anzugeben)? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Grund? Wann? Wie lange? Folgenlos geheilt? Behandler?
2. Haben in den letzten 10 Jahren Operationen, Chemo- oder Strahlentherapien, Psychotherapien, Kuraufenthalte oder stationäre Behandlungen stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen/angeraten? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	2. Haben in den letzten 10 Jahren Operationen, Chemo- oder Strahlentherapien, Psychotherapien, Kuraufenthalte oder stationäre Behandlungen stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen/angeraten? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3. Nahmen Sie in den letzten 5 Jahren oder nehmen Sie zurzeit häufig oder regelmäßig (länger als 3 Wochen) Medikamente (auch ohne ärztliche Verordnung)? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Grund? Wann? Welche? Dosis?	3. Nahmen Sie in den letzten 5 Jahren oder nehmen Sie zurzeit häufig oder regelmäßig (länger als 3 Wochen) Medikamente (auch ohne ärztliche Verordnung)? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Grund? Wann? Welche? Dosis?

### K. Erklärungen des Antragstellers

Es ist mir bekannt, dass keine der Personen, die mich über den von mir ... können von Clerical Medical an andere Unternehmen weitergeleitet werden, die ...

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten und Angaben, die ich in diesem Antragsformular gemacht habe oder im Rahmen der späteren Vertragsdurchführung mache, von Clerical Medical bzw. Unternehmen der Lloyds Banking Group zum Zwecke der Vertragsbearbeitung verarbeitet werden. Diese Informationen dürfen an Versicherungsvermittler, die in meinem Auftrag tätig sind, weitergegeben werden. Zum Zwecke der Risikoprüfung und der Bearbeitung von Leistungsfällen kann es auch erforderlich werden, dass meine Daten an Dritte (einschließlich Rückversicherer) weitergegeben werden. Die Weitergabe von Informationen darf ausschließlich im gesetzlich zulässigen Umfang, wie er derzeit in § 11a VersVG beschrieben ist, erfolgen.

Ich autorisiere Clerical Medical durch Ankreuzen des nebenstehenden Feldes, die von mir gegebenen Informationen dazu zu verwenden, mich über Angebote, neue Produkte oder Services zu informieren, die für mich von Interesse sein könnten. Meine Informationen im Antrag – mit Ausnahme der Gesundheitsdaten –

Die unter K dargelegten Erklärungen und Informationen, u.a. bzgl. der Datenverarbeitung und -weiterleitung, sind vom Antragsteller sorgfältig zu lesen. Durch Markieren des Kästchens erklärt er sein Einverständnis.

### L. Erklärungen und Ermächtigungen durch die versicherte Person

Die Erklärungen des Antragstellers (Abschnitt K.) gelten für mich entsprechend. Ferner ermächtige ich Clerical Medical – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – zur Nachprüfung und Auswertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben sämtliche von mir in diesem Antrag oder in den von mir begleitend übermittelten Informationen benannten Ärzte, sonstigen Behandler und andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen; die betreffenden Auskunftspersonen entbinde ich insoweit von ihrer Schweigepflicht. Soweit von Clerical Medical die Erhebung weiterer Daten bei bislang nicht benannten Personen und Behörden verlangt wird, werde ich im Einzelfall darüber entscheiden, ob ich der Datenerhebung zustimme und die betreffenden Personen und Behörden von der Schweigepflicht entbinde. Mir ist bewusst, dass die Entscheidung über eine Entbindung zur Verzögerung der Bearbeitung führen kann und eine Verweigerung der Entbindung zu einer ablehnenden Entscheidung seitens Clerical Medical führen kann. Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Korrespondenz an die angegebene Anschrift des/der ersten Antragstellers/Antragstellerin adressiert wird, sofern keine andere Korrespondenzadresse angegeben ist.

### M. Unterschriften

Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie die vorstehenden Erklärungen ...

Sind Antragsteller/in und eine der versicherten Personen identisch, bitte nur einmal an der für die Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin angegebenen Stelle unterschreiben. Sind Antragsteller/in und eine der versicherten Personen nicht identisch, müssen sowohl Antragsteller/in als auch die versicherte Person an den jeweils dafür vorgesehenen Stellen unterschreiben.

Antragsteller: Ich erkläre hiermit, dass mir die Polizzenbedingungen sowie eine un-

Bitte beachten Sie, dass im Falle einer Firma als Antragsteller Angaben in den Feldern „Bei Firma Position des Unterzeichners“ zu machen sind.

Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin <b>X</b>	Datum 01.10.2008	<b>Versicherungsvermittler</b>	
Bei Firma Position des Unterzeichners		Unterschrift des Versicherungsvermittlers <b>X</b>	Datum 01.10.2008
<b>Versicherte Person(en) (falls nicht mit Antragsteller identisch) und etwaiger zusätzlicher Rentenversicherter</b>		Name und Anschrift und Stempel des Versicherungsvermittlers Herr Berater Beratergasse 2 1234 Musterhausen	Gewerberegisternummer
Unterschrift (1. versicherte Person) <b>X</b>	Datum		Vermittlernummer CMA00 1 2 3 4
Unterschrift (2. versicherte Person) <b>X</b>	Datum	Interner Verarbeitungsvermerk	
Unterschrift (zusätzlicher Rentenversicherter) <b>X</b>	Datum		<b>Nur Pensionmaster Investor</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D

### N. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige Clerical Medical bis auf Widerruf, die Prämien ... einzuziehen.

**Kontoinhaber** (falls abweichend vom Antragsteller) Vorname(n)/Nachname  Antragsteller  
Max Mustermann

Unterschrift des Kontoinhabers **X** Datum 01.10.2008 Bankleitzahl 12345

Monatliche Prämienzahlung ist nur per Einzugsermächtigung möglich. Halbjährliche, jährliche und einmalige Prämienzahlung ist sowohl als Einzugsermächtigung, als auch per Überweisung möglich.

Herausgegeben von:

Clerical Medical Investment Group Limited

Eingetragen in England und Wales unter der Nummer 3196171.

Eingetragener Sitz: 33 Old Broad Street, London EC2N 1HZ, Großbritannien.

Zugelassen und beaufsichtigt in Großbritannien durch die Financial Services Authority.

Kundenservice:

Clerical Medical Investment Group Limited, European Branch Office,

Randwycksingel 35, NL-6229 EG Maastricht (P.O. Box 377, NL-6200 AJ Maastricht), Niederlande.

Eingetragen im Handelsregister der Industrie- und Handelskammer Zuid-Limburg

(„Kamer van Koophandel Zuid-Limburg“) unter der Nummer 14062727.

Kostenfreie Kunden-Hotline: 0800 809 309

Tel. +31 43 356 5000

Fax +31 43 356 5001

[www.clericalmedical.at](http://www.clericalmedical.at)