



- 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

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort/Land

Telefonnummer E-Mail
Geburtsdatum Familienstand ledig verheiratet
 anderer
Staatsangehörigkeit

Bei Antragsteller Unternehmen: In welchem Land ist das Unternehmen eingetragen, und wo ist der tatsächliche Verwaltungssitz?

Identitätsnachweis Personalausweis Führerschein Pass-/Ausweis-/Führerscheinnummer
 Reisepass
Ausgestellt von
am Gültig bis Bitte fügen Sie eine Ausweiskopie bei.
Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Versicherungsgrund

B. Angaben zur versicherten Person

Einzelleben Verbundene Leben auf Erstversterbensbasis

1. Versicherte Person

(falls nicht mit Antragsteller identisch) wie oben

Anrede Herr Frau
Titel/Vorname(n)/Nachname

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort/Land

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

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Beziehung zum/zur Antragsteller/in

2. Versicherte Person

(falls gewünscht) während der Ansparphase

Anrede Herr Frau
Titel/Vorname(n)/Nachname

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort/Land

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

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Beziehung zum/zur Antragsteller/in

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 zusätzlichen Rentenversicherter eine lebenslange Rente ausbezahlt.

identisch mit 2. versicherter Person in der Ansparphase

Anrede Herr Frau
Titel/Vorname(n)/Nachname

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort/Land

Telefonnummer

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

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Beziehung zum/zur Antragsteller/in

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

zugewiesener
Prozentsatz
(ganze Zahlen)

 %

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort/Land

Bezugsberechtigter(r) im Todesfall

Anrede Herr Frau

Titel/Vorname(n)/Nachname

zugewiesener
Prozentsatz
(ganze Zahlen)

 %

Straße/Hausnummer/PLZ/Ort/Land

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

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 Prämienzahlung (Pensionmaster Planner):

a) Zahlungsweise monatlich* halbjährlich jährlich
*Bei monatlicher Prämienzahlung ist als Zahlungsmethode ausschließlich das Einzugsverfahren möglich.

b) Nettoprämie (in €) zzgl. 4 % VSt.

Gesamtpremie (in €)

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: Jahre

ODER

Gewünschte Dauer bis Rentenbeginn: Jahre

Hinweis: Die 1. versicherte Person darf zu Rentenbeginn nicht älter als 75 Jahre sein.

Garantiezeit

Die Garantiezeit beträgt Jahre

Rentenzahlungsweise monatlich halbjährlich

vierteljährlich jährlich

nachschüssig vorschüssig

Bei zusätzlicher Hinterbliebenenabsicherung: Ausgewählter Prozentsatz (Rente für zusätzlichen Rentenversicherten in % der Rente der 1. versicherten Person)

50 % 67 % 100 %

Prämienzahlungsdauer bis Rentenbeginn ODER Jahre

F. Versicherungsoptionen (NUR PENSIONMASTER PLANNER)

1. Individuelle Todesfallleistung: Betrag €

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).

Für welche versicherte(n) Person(en) gilt der Prämienbefreiungsschutz?

1. Vers. Person 2. Vers. Person 1. u. 2. Vers. Person

G. Wahl des/der Fonds

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

Fondsname	Anteil (%)	Anteil (%)	Anteil (%)
CMIG GA70% Flexible Fund	%		%
CMIG GA80% Flexible Fund	%		%
CMIG GA90% Flexible Fund	%		%
	%		%

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

1. Bisherige Erfahrung in Wertpapiergeschäften

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

b) Gegenwärtig veranlagtes Vermögen

<input type="checkbox"/> bis 730 €	<input 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 einzeln, ausführlich und schriftlich. Sie müssen die Fragen vollständig und richtig beantworten. Unrichtige Angaben können Ihren Versicherungsschutz beeinflussen. Eine sorgfältige Beantwortung erspart zudem Rückfragen und beschleunigt damit die Annahmendeckung. Ist der Platz für die Antworten hier zu knapp oder möchten Sie uns diese Angaben ohne Einbeziehung Ihres Versicherungsvermittlers einreichen? Gegebenenfalls bitte ein Zusatzblatt mit weiteren Antworten – unterschrieben und datiert – beifügen oder uns unverzüglich schriftlich anzeigen, falls Sie hier keine Angaben machen möchten.

Zusatzblätter sind beigelegt.

1. Versicherte Person

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. Wettfahren, Flugsport, Drachen- und Gleitschirmfliegen, Hochseesegeln, Extrembergsteigen, Boxen, Mountainbike-Rennen)?

Nein Ja

Welche(n) ?

(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?

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

Nein Ja

Gesellschaft(en)?

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

5. Ihre Körpermaße

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 Zigarillos Zigaretten
 Ja Zigarren Pfeife

Anzahl pro Tag

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

Nein Ja

Wann zuletzt? (Monat/Jahr)

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

Nein Ja

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

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

2. Versicherte Person

Nein Ja

Welche(n) ?

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

Nein Ja

Wann? Wohin? Zeitraum? Anlass?

Nein Ja

Gesellschaft(en)?

Versicherungssumme(n)? €

Nein Ja

Wann? Warum? Gesellschaft?

Ablehnung Zurückstellung
 Erschwerungsangebot noch nicht entschieden

Größe cm

Gewicht kg

Nein Zigarillos Zigaretten
 Ja Zigarren Pfeife

Anzahl pro Tag

Nein Ja

Wann zuletzt? (Monat/Jahr)

Nein Ja

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

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

1. 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)?

Nein 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?

Nein 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)?

Nein Ja

Grund? Wann? Welche? Dosis?

2. Versicherte Person

Nein Ja

Grund? Wann? Wie lange? Folgenlos geheilt? Behandler?

Nein Ja

Nein Ja

Grund? Wann? Welche? Dosis?

K. Erklärungen des Antragstellers

Es ist mir bekannt, dass keine der Personen, die mich über den von mir beantragten Vertrag beraten haben, für Clerical Medical handelt. Ich erkläre hiermit, dass ich die „Wichtigen Hinweise“ auf der Vorderseite dieses Antragsformulars gelesen und verstanden habe. Alle Angaben, die von mir in diesem Antrag gemacht wurden, sind nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu und vollständig.

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 –

können von Clerical Medical an andere Unternehmen weitergeleitet werden, die mich über zusätzliche Versicherungsprodukte und Services informieren können.

Ich bin berechtigt, von Clerical Medical über die zu meiner Person gespeicherten Daten Auskunft zu erhalten und diese, falls nötig, zu berichtigen. Auf Anfrage werden mir die Adressen der Empfänger dieser Informationen mitgeteilt. Soweit ich Angaben zu einer anderen Person mache, habe ich die Zustimmung der betreffenden Person dazu eingeholt und sie über die Zwecke der Weitergabe ihrer Daten (wie sie oben dargelegt wurden) informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Korrespondenz an die angegebene Anschrift des/der unter A. genannten Antragstellers/Antragstellerin adressiert wird, sofern keine andere Korrespondenzadresse angegeben ist. Mir ist bekannt, dass Clerical Medical sich ein Sonderkündigungsrecht vorbehält, wenn ich innerhalb von 12 Monaten nach Vertragsbeginn meinen Wohnsitz/Sitz nach Großbritannien (einschließlich Nordirland) verlege oder der Vertrag an eine natürliche/juristische Person mit Wohnsitz/Sitz in Großbritannien abgetreten oder übertragen wird. Clerical Medical hebt in einem solchen Falle den Vertrag auf und der Rückkaufswert wird zahlbar. Die Zahlung erfolgt an den von mir oder von dem Abtretungsgläubiger zu benennenden Zahlungsempfänger.

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 vollständig gelesen und verstanden haben. Sie sind ein wichtiger Bestandteil des Versicherungsvertrages.

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.

Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin
X

Datum
|_|_|_|_|_|_|_|

Bei Firma Position des Unterzeichners
|_|_|_|_|_|_|_|

Versicherte Person(en) (falls nicht mit Antragsteller identisch) und etwaiger zusätzlicher Rentenversicherter

Unterschrift (1. versicherte Person)
X

Datum
|_|_|_|_|_|_|_|

Unterschrift (2. versicherte Person)
X

Datum
|_|_|_|_|_|_|_|

Unterschrift (zusätzlicher Rentenversicherter)
X

Datum
|_|_|_|_|_|_|_|

Antragsteller: Ich erkläre hiermit, dass mir die Polizzenbedingungen sowie eine unverbindliche Musterberechnung, die die mögliche Entwicklung des Vertrages unter Zugrundelegung verschiedener Wachstumsraten zeigt, ausgehändigt wurden. Ich bin darüber belehrt worden, dass ich dem Versicherungsvertrag innerhalb einer Frist von 30 Tagen nach Erhalt der Polizze und der Polizzenbedingungen widersprechen kann. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Widerspruchserklärung. Hierauf werde ich bei Überlassung meiner Versicherungsunterlagen nochmals ausdrücklich hingewiesen. Ich bestätige, dass mir alle 6 Antragseiten vorgelegt wurden und ich den Antrag vollständig zur Kenntnis genommen habe.

Versicherungsvermittler

Unterschrift des Versicherungsvermittlers
X

Datum
|_|_|_|_|_|_|_|

Name und Anschrift und Stempel des Versicherungsvermittlers

Gewerberegisternummer
|_|_|_|_|_|_|_|

Vermittlernummer
CMA00

Interner Verarbeitungsvermerk

Nur Pensionmaster Investor
 A B C D

N. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige Clerical Medical bis auf Widerruf, die Prämie(n) im Einzugsverfahren einzuziehen.

Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller) **Vorname(n)/Nachname** **Antragsteller**
|_|_|_|_|_|_|_|

Name der Bank
|_|_|_|_|_|_|_|

Unterschrift des Kontoinhabers
X

Datum
|_|_|_|_|_|_|_|

Bankleitzahl
|_|_|_|_|_|_|_|

Kontonummer
|_|_|_|_|_|_|_|

MUSTER

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