

**Fax-Hotline: (0 89) 54 50 85 03**  
**Tel.-Hotline: (0 89) 54 50 85 31 (Produktfragen)**  
**Tel.-Hotline: (0 89) 54 50 85 32 (Medizinische Fragen)**  
**E-mail: eXtra-Rente@lv1871.de**

**Vermittler-Nr.:** ADB 26 065 460  
**Vermittler-Fax-Nr.:** ADB 030- 34901452  
**Beiblatt-Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Versicherungs-Nr.:** \_\_\_\_\_

## Tarif RT5 (eXtra-Rente) – Beiblatt zum Antragsformular

### Hinweis:

Um die unverbindliche Information über die Leistungshöhe zu erhalten, sind nur die Abschnitte 1.- 4. auszufüllen. Die Angaben in Abschnitt 5. auf Seite 3 (insbesondere die Unterschrift zur "Entbindung von der Schweigepflicht") werden erst mit dem vollständigen Antragsformular benötigt.

### 1. Zu versichernde Person:

Herr/Frau \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_  
Falls verwitwet, seit wann? \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

### 2. Persönliche Angaben zu der zu versichernden Person:

Leben Sie alleine, mit dem Partner oder mit der Familie? \_\_\_\_\_  
Wohnen Sie in einem Haus, einer Wohnung,  
im Pflegeheim oder im Altersheim? \_\_\_\_\_  
Ist das Haus/die Wohnung über mehrere Etagen gebaut?  
Wieviele Stockwerke? \_\_\_\_\_  
Derzeitiger Beruf: \_\_\_\_\_  
Früherer Beruf: \_\_\_\_\_

### 3. Angaben zum Tarif:

Einmalbeitrag in DM: \_\_\_\_\_  
Gewünschter Versicherungsbeginn\*: \_\_\_\_\_  
Rentenzahlungsweise  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  
Garantiezeit  0 Jahre  2 Jahre  5 Jahre  10 Jahre  
Überschußverwendung  flexible Überschußrente  gleichbleibende Rente

\* Bitte berücksichtigen Sie bei der Angabe des Versicherungsbeginns, daß dieser frühestens 6 Wochen nach Einsendung des Beiblattes möglich ist.

#### 4. Angaben zur Gesundheit:

Größe und Gewicht:

Haben Sie jemals geraucht?

JA       NEIN

Falls JA, wieviele Zigaretten/Zigarren rauchen Sie pro Woche oder haben Sie geraucht ? Seit wann?

Rauchen Sie noch?

JA       NEIN

Wieviel Alkohol trinken Sie pro Woche?

Bisherige und bestehende Erkrankungen:

Bitte möglichst genaue Diagnose angeben	Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt?	Behandlung

Sind zur Zeit andere Komplikationen bekannt, wie z.B. Herzprobleme, Diabetes Mellitus, Veränderungen an der Netzhaut, Nervenschädigungen, Inkontinenz, Beeinträchtigung der Mobilität?

Name, Adresse, Tel.-Nr. des Hausarztes

Name(n) und Adresse(n) von konsultierten Fachärzten; Datum der letzten Konsultation

Ort und Datum:

Unterschrift:

## 5. Entbindung von der Schweigepflicht

Herr/Frau

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

---

---

---

---

---

---

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/Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluß zu befragen.

Der Versicherer darf auch die Ärzte, die die Todesursache feststellen und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – über die Todesursache und die Krankheiten, die zum Tod geführt haben, befragen.

Ort und Datum:

Unterschrift:

---

---