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: _____