

## Testsieger Risikolebensversicherung\*: DLVAG/Allianz (Nichtraucher) und Dialog (Raucher),

„... die Preisunterschiede für Risikolebensversicherungen sind enorm. Bei nahezu gleichen Leistungen verlangen teure Gesellschaften schon mal das Drei- oder Vierfache des Preises für günstige Policen. Es lohnt also, nach einem preiswerten Anbieter zu suchen...“

(vgl. Stiftung Warentest 03/2007)

„Wenn der Hauptverdiener stirbt, bleibt den Angehörigen [...] nicht genug, um den Lebensstandard zu sichern. Eine Risikolebensversicherung hilft.“

(vgl. FINANZtest, 08.03.2004)



### 5 Gründe, die Hoesch & Partner Testsieger\* jetzt abzuschließen

- Die Hoesch & Partner Empfehlungen** bieten besonders niedrige garantierte Beiträge.
- Einfache Gesundheitsprüfung!** Die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag ist i.d.R. für eine Bearbeitung vollkommen ausreichend.
- Sofortige Überschuss-Beteiligung** durch Verrechnung ab der ersten Beitragszahlung.
- Maßgeschneiderte Absicherung exakt für Ihren Bedarf:** Individuelle Laufzeit und Versicherungs-Summe, flexible Anpassung während der Laufzeit individuell möglich.
- Unkomplizierter Anträge.** Einfach per Fax (0 69 – 72 73 75) oder Post abschließbar. **Ohne jegliches Risiko:** Sie können innerhalb von 30 Tagen kündigen bzw. von Ihrem Vertrag zurücktreten.

**Allianz**

**Dialog:**

Als Geschäftsführer von Hoesch & Partner ist es mir ein besonderes Anliegen Ihnen durch Objektive Informationen einen Mehrwert zu bieten. 25 Jahre Versicherungserfahrung und meine 12jährige Tätigkeit als Dozent für Versicherungsbetriebslehre sind der Garant hierfür.

Die finanzielle Vorsorge für den Todesfall ist vor allem für Familien unverzichtbar. Doch bei diesen Versicherungen gibt es enorme Preisunterschiede. Wir ermitteln für Sie die günstigste Police, die zu Ihnen passt.

Meine Bitte: Antrag noch heute ausfüllen und an Hoesch & Partner per Post (Porto übernehmen wir) oder per Fax (0 69 – 72 73 75) zurück schicken.

Freundliche Grüße aus der Rüterstraße

Dipl.-Kfm. Carlos Reiss  
Geschäftsführer

P.S. Unabhängigkeit, 25 Jahre Erfahrung, 60 erfolgreiche Top-Berater, mehr als 100 Versicherer und ca. 50.000 Kunden, die wir betreuen, sind ein Garant für Sonderkonditionen und eine professionelle Betreuung im Versicherungsbereich. Presseberichte, Testsiege und Empfehlungen u.a. in Focus, Finanzen, FAZ, Euro am Sonntag, Capital und Kooperationen mit namhaften Institutionen bestätigen Ihnen unsere Kompetenz.

### Die Testsieger\* im Vergleich

Berechnungsgrundlage: Risikolebensversicherung, Versicherungsschutz € 100.000 mit Sofortrabatt, Eintrittsalter 36 Jahre, geboren Februar 1974, männlich, Vertragslaufzeit 20 Jahre.

Gesellschaft	Nichtraucher		Raucher	
	Monatl. Maximalbeitrag(€)	Monatl. Zahlbeitrag (€)**	Monatl. Maximalbeitrag(€)	Monatl. Zahlbeitrag (€)**
1. Ontos	23,19	9,27	48,13	18,29
2. Europa	21,47	9,66	53,30	23,09
3. DLVAG/Allianz	14,55	<b>10,19</b>	37,58	26,31
4. Hannoversche Leben	26,34	10,54	61,16	24,47
5. Neue BBV	23,09	13,85	47,33	29,34
6. Zurich Life	14,00	14,00	22,32	22,32
7. Dialog	35,42	14,17	54,92	<b>21,97</b>
8. DANV	16,33	14,53	30,63	27,26
9. Delta Direkt	30,45	14,62	58,45	28,06
... ..	...	...	...	...
... Letztplatzierte Versicherung	33,75	15,86	47,33	29,34

TIPP NICHTRAUCHER

TIPP RAUCHER

Alle Versicherer über Hoesch & Partner abschließbar!

HOTLINE BEI FRAGEN  
069 – 71 707-540

Anmerkungen zur Tabelle siehe Rückseite.

Mehr als 30 Versicherungsparten und über 100 Versicherer im Vergleich. Service und Beratung inklusive – natürlich unverbindlich und kostenlos!

# Beratung, auf die Sie sich verlassen können: Risikolebensversicherung über Hoesch & Partner abschließen!

Die Risikolebensversicherung ist ein wichtiger Baustein der in keinem Versicherungsportfolio fehlen darf – insbesondere wenn Sie ein Darlehen, Hypothekendarlehen, Ihre Familie oder ihren Lebensgefährten absichern wollen, für den Fall, dass Ihnen als

Hauptverdiener eines Tages etwas zustoßen sollte. Dabei gibt es allerdings einiges zu beachten, um für Sie die optimale Absicherung zu gewährleisten. Verlassen Sie sich deswegen auf die Beratungskompetenz von Hoesch & Partner!

## Tipps & Tricks beim Abschluss einer Risikolebensversicherung

- ▶ **Zwei oder mehr Verträge mit unterschiedlichen Laufzeiten abschließen:** Wer seine Versicherungssumme staffeln möchte, sollte mehrere Verträge mit unterschiedlichen Laufzeiten abschließen. So könnte ein 30jähriger Familienvater evtl. einen Vertrag über z.B. 10 oder 15 Jahre mit sehr niedrigen Beiträgen und einen weiteren Vertrag bis Alter 55 mit höheren Beiträgen abschließen.
- ▶ **Einzelpolicen statt „Verbundene Leben“ abschließen:** Bei einer Risikolebensversicherung in der Form „Verbundene Leben“ gibt es 2 versicherte Personen. Die Versicherungssumme wird jedoch nur einmal, und zwar beim Tod des zuerst sterbenden Versicherten, fällig. Daher empfehlen wir, zwei separate Verträge abzuschließen, da dies nicht wesentlich teurer ist, Ihnen aber eine bessere Flexibilität bietet.
- ▶ **Erbschaftssteuer durch überkreuzte Risikolebensversicherungen sparen:** Bei einer Risikolebensversicherung ist die Auszahlung der Versicherungssumme erbschaftsteuerpflichtig, sofern Versicherungsnehmer und versicherte Person identisch sind. Ist hingegen die im Todesfall bezugsberechtigte Person Versicherungsnehmer und Beitragszahler ist die Versicherungsleistung bei Ableben der versicherten Person steuerfrei.
- ▶ **Brutto- und Nettobeiträge vergleichen:** Die Tarifbeiträge (brutto) werden so kalkuliert, dass auch bei einem schlechten Sterblichkeitsverlauf die versicherten Leistungen erbracht werden können. Da weniger Versicherte als angenommen versterben, entstehen Überschüsse, die dem Tarifbeitrag gutgeschrieben

werden. Dadurch ergibt sich der jeweilige Zahlbeitrag (netto), der nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden und im Extremfall bis zum angegebenen Tarifbeitrag ansteigen kann.

- ▶ **Nachversicherungsgarantie:** Wenn Sie die Versicherungssumme später zu bestimmten Anlässen wie Heirat oder Geburt erhöhen wollen, sind Tarife mit Nachversicherungsgarantie für Sie die erste Wahl. Die Versicherer verzichten in diesem Fall nämlich auf eine erneute Gesundheitsprüfung.
- ▶ **Konstante Versicherungssumme wählen:** Bei einer konstanten bzw. gleichbleibenden Versicherungssumme haben Sie über die gesamte Laufzeit eine gleich bleibende Leistung im Todesfall und konstante Beiträge. Selbst wenn eine linear fallende Risikoversicherung gewünscht wird, empfehlen wir die konstante Variante, da Sie hier auch Teilkündigungen der Versicherungssumme vornehmen können um so eine Anpassung zu gewährleisten.

HOTLINE BEI FRAGEN  
069 – 71 707-540

\*Ausgewählte Serviceversicherer im Vergleich, Quelle: Hoesch & Partner 03/2009 \*\*Der Beitrag entspricht dem zur Zeit gültigen Nettobeitrag. Dieser errechnet sich aus dem eigentlichen Tarifbeitrag (Bruttobeitrag), vermindert um die zur Zeit gültige Gewinnbeteiligung. Diese Gewinnbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.  
Allgemeiner Hinweis zum vorliegenden Info-Material: Diese Darstellungen informieren lediglich in Kurzform über das Angebot und ergeben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es wird ausdrücklich auf die Unterlagen der entsprechenden Versicherungsgesellschaften verwiesen.

### Hoesch & Partner erspart Ihnen den Vergleichsmarathon und ermittelt für Sie das günstigste Angebot

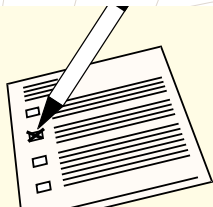
- ▶ weil wir unabhängig sind und Sie dadurch objektiv beraten können – natürlich ohne zusätzliche Kosten.
- ▶ weil wir über branchenspezifische Spezialprodukte zu exklusiven Top-Konditionen verfügen.
- ▶ weil wir jederzeit für Sie bundesweit erreichbar sind: Im Internet, per Fax, am Telefon – und wenn Sie wollen auch persönlich bei Ihnen vor Ort.
- ▶ weil wir mit mehr als 80 Mitarbeitern zu den Großen und Erfolgreichen unserer Branche gehören.

#### KONTAKT

☎	ServiceLine	069-717070
☎	ServiceFax	069-727375
✉	ServiceMail	info@hoesch-partner.de
🌐	Internet	www.hoesch-partner.de
📍	Hausanschrift	Rüsterstraße 1, 60325 Frankfurt am Main
📍	Standorte	Berlin, Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg, Köln, Leipzig, München, Stuttgart

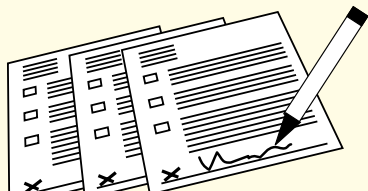
Mehr als 30 Versicherungssparten und über 100 Versicherer im Vergleich. Service und Beratung inklusive – natürlich unverbindlich und kostenlos!

## So wird's gemacht Der Weg zu Ihrer Versicherung



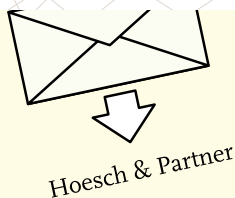
### 1. Kontrollieren und Ergänzen

Sollten Sie beim Ausfüllen der Unterlagen Fragen haben, oder sich mal nicht ganz sicher sein, dann steht Ihnen Ihr persönlicher Hoesch & Partner-Ansprechpartner gerne zur Verfügung: schicken Sie einfach eine E-Mail ([info@hoesch-partner.de](mailto:info@hoesch-partner.de)) oder rufen Sie an: Telefon 069-71707-540.



### 2. Unterschreiben

Unterschreiben Sie bitte anschließend den Antrag an den markierten Stellen. Bitte beachten Sie, dass auf Grund des neuen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) ab 01.01.2008 mehrere Unterschriften auf verschiedenen Blättern zu leisten sind.



### 3. An Hoesch & Partner schicken

Schicken Sie bitte Ihren Versicherungsantrag im beiliegenden Freiumschlag zurück an Ihren persönlichen Hoesch & Partner-Ansprechpartner. Sie haben den Freiumschlag verlegt? Nehmen Sie einen eigenen Umschlag. Schreiben Sie unsere Adresse darauf und versenden Sie den Brief ohne Briefmarke. Hoesch & Partner GmbH, Rüterstraße 1, 60325 Frankfurt am Main.

Hoesch & Partner



### 4. Wir setzen uns für Sie ein!

Sobald Ihr Antrag bei Ihrem persönlichen Hoesch & Partner-Ansprechpartner eingegangen ist, bestätigt Ihnen dieser den Erhalt umgehend und kümmert sich darum, dass Ihr Antrag möglichst schnell und reibungslos von der Versicherungsgesellschaft angenommen wird.



### 5. Versicherungsschutz

Sobald Ihr Versicherungsantrag angenommen wurde, erhalten Sie eine Deckungsbestätigung oder eine Versicherungspolice von Hoesch & Partner zugeschickt. Ab diesem Zeitpunkt sind Sie rechtsgültig versichert.

Mehr als 30 Versicherungssparten und über 100 Versicherer im Vergleich. Service und Beratung inklusive – natürlich unverbindlich und kostenlos!

Deutsche Lebensversicherungs-AG  
**Antrag auf Abschluss einer  
 RisikoLebensversicherung**

Vermittler Nr.  
**9/304/5211**  
**HOESCH & PARTNER®**  
VERSICHERUNGSMAKLER

B.-Nr. b  
 \_\_\_\_\_



**Antragsteller (Vers.-Nehmer)**  Herr  Frau Anredezusätze \_\_\_\_\_  
 Zuname, Vorname \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_  
 Straßen-, Ortszusatz \_\_\_\_\_  
 Telefon+ \_\_\_\_\_ Fax+ \_\_\_\_\_ E-Mail+ \_\_\_\_\_  
 Familienstand+  ledig  verheiratet  verwitwet  eheähnliche Lebensgemeinschaft

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Geburtsort \_\_\_\_\_  
 Geburtsname \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**Erklärung nach dem Geldwäsche-Gesetz:** Ich handle für eigene Rechnung  Ich handle für Rechnung von \_\_\_\_\_ (bitte Erklärung EV 783 beifügen)

**Zu versichernde Person**  Herr  Frau Anredezusätze \_\_\_\_\_  
 Zuname, Vorname \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_  
 Straßen-, Ortszusatz \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Geburtsort \_\_\_\_\_  
 Geburtsname \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**Angaben zum Beruf der zu versichernden Person**

Derzeitige berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_  
 Bitte machen Sie genauere Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit auf dem Formular E----0109Z0.

**Erworbener Schulabschluss (nur erforderlich bei Berufsunfähigkeitsvorsorge)**

Hauptschule  Realschule  Gymnasium  Sonderschule  Sonstiger Schulabschluss \_\_\_\_\_

**Rechtsnachfolger des Versicherungsnehmers**

Ist der Versicherungsnehmer nicht selbst die zu versichernde Person, soll bei seinem Tod die zu versichernde Person neuer Versicherungsnehmer werden. Eine hiervon abweichende Regelung bitte unter Nebenabreden vermerken. Der Versicherungsnehmer kann die Rechtsnachfolge vor seinem Tod widerrufen und einen anderen Rechtsnachfolger bestimmen. Der Widerruf wird uns gegenüber erst wirksam, wenn uns dieser vom Versicherungsnehmer schriftlich angezeigt wird.

**Technische Daten der Versicherung**

Garantiekapital bei Tod _____ EUR	Tarif <input type="checkbox"/> LOM(DL) <input type="checkbox"/> LOF(DL) <input type="checkbox"/> LOP(DL)	mit Berufsunfähigkeitsvorsorge <input type="checkbox"/> LOMBR(DL) <input type="checkbox"/> LOFBR(DL)	monatl. Berufsunfähigkeitsrente _____ EUR
ärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> ja	E 105 wurde der zu versichernden Person bereits ausgehändigt <input type="checkbox"/> ja	Versicherungsbeginn 1. _____	
Beitragszahlungs-/ Versicherungsdauer _____ Jahre	Leistungsdauer für die BU-Rente, falls von der Versicherungsdauer abweichend _____ Jahre	Beitragszahlung erfolgt <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	

**Gesamtbeitrag** > \_\_\_\_\_ EUR > abzüglich Sofortüberschussbeteiligung\* = zu zahlender Beitrag > \_\_\_\_\_ EUR

\*Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nur für das 1. Versicherungsjahr garantiert werden.

**Empfänger der Versicherungsleistung (Bezugsberechtigter)**

a)  Bei Tod der versicherten Person: der dann mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner  
 b)  (nur ausfüllen wenn a) nicht gewünscht wird) \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung Die Beiträge können nur durch Lastschriftinzug gezahlt werden.**

Zuname, Vorname und Anschrift des Beitragszahlers (Nur ausfüllen, wenn der Beitragszahler nicht der Antragsteller (Vers.-Nehmer) ist.)  
 Beitragszahler \_\_\_\_\_  
 Die Beiträge werden bis auf Widerruf bei Fälligkeit von dem angegebenen Konto eingezogen. Versicherungsschutz setzt ausreichende Kontodeckung voraus.  
 Konto-Nr. (kein Sparkonto) \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Name des Geldinstitutes \_\_\_\_\_

Wenn die Lastschriften nicht von einem Konto des Versicherungsnehmers innerhalb der EU erfolgen, bitte Erklärung EV 783 beifügen.

**Verwendungszweck+**  Darlehensabsicherung  Hinterbliebenenvorsorge  Erbschaftsteuerversicherung  
 Firmenrückdeckungsversicherung  Schlüsselkraftversicherung

**Nebenabreden** (Mündliche Abreden sind für die Deutsche Lebensversicherungs-AG nicht verbindlich.)

Mit der Unterschrift gebe ich die unter A. aufgeführten Erklärungen einschließlich der Erklärungen zur Datenverarbeitung ab. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen. Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.

**Unterschriften** (Bitte mit Vor- und Zunamen, ggf. Geburtsnamen.)

Ort, Datum _____	<b>Antragsteller</b> (Versicherungsnehmer) _____	<b>zu versichernde Person</b> (wenn es sich nicht um den Antragsteller handelt) <b>HOESCH &amp; PARTNER®</b> 9/304/5211 <small>VERSICHERUNGSMAKLER</small>
<b>gesetzliche Vertreter</b> (bei Minderjährigen) _____	<b>Beitragszahler</b> (wenn es sich nicht um den Antragsteller handelt) _____	<b>Vermittler</b> _____

**Empfangsbestätigung**

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:  
 – Fragen und Angaben zu gefährerheblichen Umständen zu den von mir beantragten Versicherungen einschließlich der Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (nur bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenvorsorge)  
 – Produktinformationsblatt  
 – Versicherungsinformationen  
 – Vertragsbestimmungen

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Antragsteller/gesetzlicher Vertreter

+Freiwillige Angabe. **Bitte fügen Sie eine Kopie des Versicherungsvorschlags bei!**

Antrag per Fax ☎ 069-72 7375 oder per Post ☐ an Hoesch & Partner GmbH, Rüterstraße 1, 60325 Frankfurt, Hotline ☎ 069-71707-540

HP.069/07/0.000

Hinweis: Sofern mehrere Personen abschließen wollen, diesen Blankoantrag einfach kopieren!

# Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen

## Wichtige Hinweise

1) Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Sie sind verpflichtet, die Fragen zu den gefahrerheblichen Umständen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).

Die Angaben können Sie gegenüber dem Versicherungsvermittler machen, der sie uns dann übermitteln wird. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

**Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in der Ihnen ausgehändigten „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.**

2) Wir haben eine freiwillige Selbstverpflichtung abgegeben, wonach wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen Sie in der Regel nicht offen legen. Bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen Sie bei Antrag auf Abschluss einer Lebensversicherung erst ab einer Versicherungssumme von 250.000 EUR bzw. einer Jahresrente von 30.000 EUR offen legen. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden.

Bitte machen Sie immer Angaben zu den für den jeweiligen Tarif relevanten Fragen, wenn eine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Pflege- oder Hinterbliebenenvorsorge mit Risikoprüfung (einschließlich Kapital bei Unfalltod) neu beantragt oder nachträglich eingeschlossen bzw. erhöht werden soll.

Zur Erleichterung der Beantwortung der einzelnen Fragen haben wir Ihnen vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten etc. genannt. Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen.

Für die PflegePolice Invest ab Eintrittsalter 55 ist das Druckstück E---0108Z0 zu verwenden.

## Angaben zur Versicherung:

Versicherungsnummer (bei Änderungsantrag) \_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Dieses Formular ist fester Bestandteil des Antrages zur Lebens-/Rentenversicherung vom \_\_\_\_\_

Antragsteller (Vers.-Nehmer) \_\_\_\_\_ Geb.-Dat. \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person \_\_\_\_\_ Geb.-Dat. \_\_\_\_\_

## Angaben der zu versichernden Person

### A Allgemeine Fragen

#### 1. Zur beruflichen Tätigkeit

Die vollständigen Angaben zur beruflichen Tätigkeit können dem beigefügten persönlichen Vorschlag/Antrag entnommen werden.

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (bitte genaue Bezeichnung)? \_\_\_\_\_

Sind Sie bei Ausübung Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren (z.B. Sprengstoff, Strahlen, gefährliche Stoffe) ausgesetzt? \_\_\_\_\_

In welcher Branche sind Sie tätig? \_\_\_\_\_

Zu welcher Gruppe gehören Sie?  Angestellter/Arbeiter  Leitende Angestellte gemäß BetrVG (Prokura)  Vorstände (Kapitalgesellschaft)

Selbstständige  Freiberufler

Arbeitnehmer/Angestellte des Öffentlichen Dienstes  Beamte

Schüler  Auszubildende  Studenten

Praktikanten  Geringfügig Beschäftigte  Arbeitssuchende

Gefördertes Arbeitsverhältnis (z.B. 1-EUR-Stelle)

Weitere Angaben:  vollzeit beschäftigt  teilzeit beschäftigt, Std. pro Woche \_\_\_\_\_  Saisonarbeiter

Bei Selbstständigen: Seit wann sind sie ununterbrochen selbstständig? \_\_\_\_\_

Sind Sie Berufsanfänger?  ja  nein (Berufsanfänger sind Personen, die in den letzten 3 Jahren nicht mindestens 24 Monate in ihrem aktuell ausgeübten Beruf tätig waren.)

Bei handwerklichen Berufen: Anteil der körperlichen Tätigkeit in % \_\_\_\_\_

Sind Sie aufsichtsführend/geschäftsführend tätig?  ja  nein Wenn ja: Wie viele Personen beaufsichtigen Sie? \_\_\_\_\_ Personen.

Bei kaufmännischen Berufen:

Verfügen Sie über eine abgeschlossene kaufmännische Ausbildung?  ja  nein Anteil der Bürotätigkeit in % \_\_\_\_\_

Bei technischen Berufen: Anteil der Bürotätigkeit in % \_\_\_\_\_

Höchster Abschluss:  Schule  Berufsausbildung  Studium (Uni, FH, BA)

Bei Studenten: Studienfach \_\_\_\_\_

#### 2. Zu Auslandsaufenthalten (nicht bei Kinderpflegerente und Sofortrente mit doppelter Leistung bei Pflegestufe 3)

Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt von mehr als 6 Monaten anzutreten?  ja  nein

Falls ja: Wohin? Wann? Wie lange? \_\_\_\_\_

#### 3. Zu Sport, Hobby und Freizeit (nicht bei Kinderpflegerente und Sofortrente mit doppelter Leistung bei Pflegestufe 3)

a) Risikolebensversicherung: Üben Sie Aktivitäten mit **Unfallgefahr** und/oder **Verletzungsrisiko** aus (z. B. Motorrad fahren, Flugsport, Kampfsport, Motorsport, Bergsport, Skitouren, Tauchen, Hochseesegeln)?  ja  nein

b) Sonstige Tarife: Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Klettern, Drachenfliegen, Gerätetauchen, Wettfahrten)?  ja  nein

Falls bei a) oder b) ja: Welche? \_\_\_\_\_

#### 4. Zu den Körpermaßen Wie sind Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht?

\_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

#### 5. Zum am besten informierten Arzt

Welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse orientiert?

Name/Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

#### 6. Zur telefonischen Erreichbarkeit

Wann und wie sind Sie am besten für Rückfragen unserer Antragsprüfer zu erreichen?

Tag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

### B Gesundheitsfragen bei Beitragsbefreiung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre.

1. Waren Sie aus gesundheitlichen Gründen **mehr als 14 Kalendertage** durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben?  ja  nein

2. Waren Sie wegen Beschwerden oder Krankheiten des **Rückens, des Bewegungsapparates, der Psyche, des Herzens** oder des **Kreislaufs** in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei **Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten, Psychologen** oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten?  ja  nein

**Hinweis:** Haben Sie eine Frage mit ja beantwortet oder ist der Jahreszahlbeitrag für die **gesamte** beantragte Versicherung höher als **3.000 EUR**, beantworten Sie bitte die **gesamten** Fragenblöcke C und D.

**C Gesundheitsfragen bei Todesfallschutz, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente, PflegePolice Invest, Beitragsbefreiung mit Jahreszahlbeitrag größer 3.000 EUR**

Evtl. durchgeführte **Gentests** müssen hier nicht angegeben werden (siehe Wichtige Hinweise, Ziffer 2).

1. Haben in den letzten **10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen** (z. B. Laserung der Augen, Arthroskopie) stattgefunden oder sind solche für die nächsten 12 Monate ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?  ja  nein
2. Konsumieren oder konsumierten Sie in den letzten **10 Jahren Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel**?  ja  nein  
Werden oder wurden Sie in den letzten **10 Jahren** wegen der Folgen von **Alkoholgenuss** beraten oder behandelt?  ja  nein
3. Wurde bei Ihnen jemals eine **HIV-Infektion** festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?  ja  nein
4. Sind oder waren Sie in den letzten **5 Jahren** bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in **Beratung, in Behandlung** oder zur **Untersuchung wegen Krankheiten oder Beschwerden** in den folgenden Bereichen:
  - a) **Herz, Kreislauf** (z. B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, ärztl. diagnostizierter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung)?  ja  nein
  - b) **Atmungsorgane** (z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma)?\*  ja  nein
  - c) **Verdauungsorgane** (z. B. Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber)?  ja  nein
  - d) **Harn-, Geschlechtsorgane** (z. B. Nieren, Blase, Unterleib, Brust)?  ja  nein
  - e) **Stoffwechsel** (z. B. Diabetes\*), erhöhtes Cholesterin von mehr als 250 mg/dl bzw. 6,47 mmol/l, Schilddrüsenerkrankungen)?  ja  nein
  - f) **Blut-, Tumorerkrankungen** (z. B. Krebs)?  ja  nein
  - g) **Psyche, Gehirn, Nervensystem** (z. B. Depressionen, Bulimie, Suizidversuch, Multiple Sklerose)?  ja  nein
  - h) **Entzündliche Gelenks-, Bindegewebskrankungen** (z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew)?  ja  nein
  - i) **Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten** (z. B. Tuberkulose, Malaria)?  ja  nein
5. Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten **3 Monaten Beschwerden** in einem der unter 4 a) – i) genannten Bereiche?  ja  nein
6. Werden Ihnen derzeit regelmäßig wegen der unter Nr. 4 und 5 genannten Erkrankungen oder Beschwerden **Medikamente** verordnet?  ja  nein  
Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Frage bei Risikolebensversicherung**

7. **Sind Sie Nichtraucher?**  ja  nein  
Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv kein Nikotin durch Rauchen zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben. Rauchen meint das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Bitte beachten Sie hierzu die wichtige Erklärung zum Tabakkonsum der zu versichernden Person!

**Nur bei Risikolebensversicherung, wenn zum Tabakkonsum Nichtraucher angegeben wurde. Wichtige Erklärung zum Tabakkonsum der zu versichernden Person**

Ich bin mir bewusst, dass unrichtige Angaben über das Rauchverhalten der zu versichernden Person eine Anzeigepflichtverletzung darstellen, die zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Ändert die zu versichernde Person ihren Nichtraucherstatus nach Vertragsabschluss, verpflichte ich mich, diese Gefährdung unverzüglich der Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. der Deutschen Lebensversicherungs-AG schriftlich mitzuteilen, damit die Versicherung auf den entsprechenden Raucherstarif mit dem dafür erforderlichen Beitrag umgestellt werden kann. Mir ist bewusst, dass es zur rückwirkenden Prämienhöhung oder Reduzierung des vertraglich vereinbarten Garantiekapitals führen kann, wenn ich diese Mitteilungspflicht verletze. Im Übrigen ist mir bewusst, dass der Versicherer den Nichtraucherstatus der zu versichernden Person auch während der Vertragslaufzeit überprüfen kann.

\*) Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.

Sofern Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, bitten wir Sie, die Details im Fragenblock G zu ergänzen.

**D Zusätzliche Fragen bei Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente, PflegePolice Invest, Beitragsbefreiung mit Jahreszahlbeitrag größer 3.000 EUR**

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre.

8. Sind oder waren Sie in **psychotherapeutischer Behandlung**?  ja  nein
9. Sind oder waren Sie wegen **Rückenbeschwerden** (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall) in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?\*)  ja  nein
10. Sind oder waren Sie in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten wegen Krankheiten oder Beschwerden der **Kniegelenke** (z. B. Meniskus, Bänderverletzung), **Hüftgelenke, Schultern** oder anderer Stellen im **Bewegungsapparat**?  ja  nein
11. Haben oder hatten Sie **Unfälle, Knochenbrüche oder Vergiftungen**?\*)  ja  nein
12. Leiden oder litten Sie an einer **Allergie** (z. B. Heuschnupfen)?\*)  ja  nein  
Falls ja: Wogegen sind Sie allergisch? \_\_\_\_\_  
Leiden oder litten Sie an **Neurodermitis** oder sonstigen **Hauterkrankungen**?  ja  nein
13. Besteht eine **Fehlsichtigkeit** von 8 Dioptrien und mehr; haben oder hatten Sie eine **sonstige Sehstörung** oder **Erkrankung der Augen** (z. B. grauer oder grüner Star)?\*)  ja  nein
14. Haben oder hatten Sie eine **Hörstörung** oder **Ohrrensausen** (Tinnitus)?\*)  ja  nein
15. Besteht ein **körperliches Gebrechen** (z. B. Amputation), ein **Organfehler** oder eine **angeborene Erkrankung**?  ja  nein
16. Beziehen, bezogen oder beantragten Sie eine **Rente** oder **Pension** wegen Unfall oder aus gesundheitlichen Gründen?\*\*)  ja  nein
17. Besteht eine **Erwerbsminderung** (MdE), **Wehrdienstbeschädigung** (WDB) oder eine **Schwerbehinderung** (GdB)? Grad?\*\*) \_\_\_\_\_ %  ja  nein
18. Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten **3 Monaten Beschwerden** in einem der unter 8 – 17 genannten Bereiche?  ja  nein

\*) Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.

\*\*) Bitte Bescheid/Rentenbescheid zur Einsichtnahme beifügen.

Sofern Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, bitten wir Sie, die Details im Fragenblock G zu ergänzen.

**Angaben zur Versicherungssituation (Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitsvorsorge)**

(Angabe nur erforderlich bei BU- oder EU-Vorsorge mit einer jährlichen BU- oder EU-Rente von über 12.000 EUR einschließlich Vorversicherungen bei der Allianz.)

**Hinweis:** Bei **Arbeitseinkommen bis 50.000 EUR netto** jährlich, darf die **Gesamtabsicherung** für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit einschließlich der neu beantragten BU- oder EU-Rente **80% des durchschnittlichen jährlichen Nettoarbeitseinkommens der letzten 3 Jahre** nicht übersteigen.

Wie hoch war Ihr **durchschnittliches Nettoeinkommen**\*) der letzten 3 Jahre aus beruflicher Tätigkeit? jährlich \_\_\_\_\_ EUR

\*) **Arbeitnehmer:** Nettoarbeitseinkommen einschließlich Urlaubs- und Weihnachtsgeld. **Selbstständige:** Gewinn/Jahresüberschuss (nach Abzug persönlicher Steuern)

Bestehen bei anderen Gesellschaften **Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen** oder wurden solche beantragt?  ja  nein

Wenn ja, bei welchen Gesellschaften und mit welchen Renten?

**Gesellschaft:** \_\_\_\_\_ monatlich \_\_\_\_\_ EUR  
 \_\_\_\_\_ monatlich \_\_\_\_\_ EUR  
 \_\_\_\_\_ monatlich \_\_\_\_\_ EUR  
 \_\_\_\_\_ monatlich \_\_\_\_\_ EUR

Welche Anwartschaften für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bestehen aus **betrieblicher Altersversorgung**? monatlich \_\_\_\_\_ EUR

Welche Anwartschaften bestehen aus **berufsständischen Versorgungswerken** (z. B. für Ärzte, Rechtsanwälte)? monatlich \_\_\_\_\_ EUR

Hinweis: Sofern mehrere Personen abschließen wollen, diesen Blankoantrag einfach kopieren!

(17V) 10.07.09

E-----010970

**Angaben zur Versicherungssituation (Berufsunfähigkeits-/PflegePolice Invest)**

Bestehen für Sie bereits private Pflegeversicherungen (auch bei privaten Krankenversicherern) oder haben bzw. werden Sie zeitgleich solche beantragen?  ja  nein

Falls ja: Bei welcher Gesellschaft? \_\_\_\_\_  
 In welcher Höhe jährlich? \_\_\_\_\_

Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf private Pflegeversicherung (auch bei privaten Krankenversicherern) nur zu erschwerten Bedingungen angenommen (z. B. mit Zuschlag), zurückgestellt oder abgelehnt?  ja  nein

Falls ja: Bei welcher Gesellschaft? \_\_\_\_\_  
 Weshalb? \_\_\_\_\_

**E Gesundheitsfragen für das zu versichernde Kind (bei Kinderpflegerente bzw. Kindervorsorge)**

Evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden (siehe Wichtige Hinweise, Ziffer 2).

Körpergröße/Körpergewicht? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

1. Liegen oder lagen folgende Krankheiten oder Beeinträchtigungen vor?

- a) Bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Leukämie),  ja  nein
- b) Herzerkrankungen,  ja  nein
- c) Erkrankungen innerer Organe (Leber, Niere, Lunge, Bauchspeicheldrüse),  ja  nein
- d) dauerhafte Beeinträchtigungen der Wirbelsäule (z. B. Spina Bifida) und des Bewegungsapparates (z. B. Glasknochen),  ja  nein
- e) Erkrankungen des Gehirns und des Nervensystems (z. B. Epilepsie, spastische Lähmungen, Wasserkopf),  ja  nein
- f) HIV-Infektion, Blutgerinnungsstörungen,  ja  nein
- g) Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Mukoviszidose),  ja  nein
- h) geistige oder körperliche Entwicklungsstörungen, Down-Syndrom, angeborene Missbildungen, Blindheit?  ja  nein

2. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche geplant oder durch einen Arzt, Heilpraktiker oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten empfohlen?  ja  nein

3. Werden oder wurden in den letzten 5 Jahren ärztliche Behandlungen wegen Unfällen, Verletzungen oder Vergiftungen durchgeführt oder sind solche beabsichtigt?  ja  nein

4. Werden oder wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen wegen Krankheiten oder Beschwerden durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere nichtärztliche Therapeuten durchgeführt oder sind solche beabsichtigt oder geplant?  ja  nein

5. Ab Alter 10: Werden oder wurden Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel genommen? Erfolge oder erfolgten Behandlungen oder Beratungen wegen Alkoholgenußes?  ja  nein

Sofern Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, bitten wir Sie, die Details im Fragenblock G zu ergänzen.

**F Gesundheitsfragen bei Sofortrente mit doppelter Leistung bei Pflegestufe 3**

Evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden (siehe Wichtige Hinweise, Ziffer 2).

1. Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen festgestellt oder behandelt?

- a) Alzheimersche Erkrankung,  ja  nein
- b) Parkinsonsche Erkrankung,  ja  nein
- c) senile oder präsenile Demenz,  ja  nein
- d) Multiple Sklerose?  ja  nein

2. Sind Sie pflegebedürftig oder haben Sie jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt?  ja  nein

**G Ergänzende Gesundheitsangaben**

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Fragenblöcke C, D oder E bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben (ggf. gesondertes Blatt verwenden):

Art, Verlauf, Folgen (z. B. der Krankheit, Verletzung)? Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, nichtärztliche Therapeuten, Krankenhäuser, Heilstätten, Kuranstalten mit Anschrift
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Folgen noch weitere Gesundheitsangaben (bitte immer ankreuzen)?  nein  ja, liegen bei  ja, werden nachgereicht

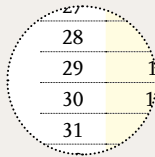
Hinweis: Sofern mehrere Personen abschließen wollen, diesen Blankoantrag einfach kopieren!

## Allianz Risikolebensversicherung: Beitragstabellen

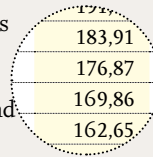
1. Wählen Sie den favorisierten Laufzeit aus.



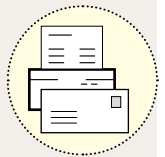
2. Das Eintrittsalter entspricht dem Alter am Ende dieses Jahres 2010.



3. In der Zeile des Eintrittsalters finden Sie den Zahlbeitrag und den Bruttobeitrag.



4. Füllen Sie den Antrag aus und schicken Sie diesen per Fax (069-727375) oder per Post an: Hoesch & Partner GmbH, Rüterstraße 1, 60325 Frankfurt Hotline: 069-71707-540.



### Frauen

Versicherungssumme 100.000 €, Nichtraucher, Berufsgruppe A

Für Männer bitte wenden!

### 10 Jahre Vertragslaufzeit

Eintrittsalter	Jährlicher Zahlbeitrag *	Jährlicher max. Bruttobeitrag
20	28,35	40,50
21	28,00	40,00
22	27,83	39,76
23	27,74	39,63
24	27,83	39,76
25	28,08	40,12
26	28,43	40,62
27	29,12	41,60
28	29,99	42,84
29	31,11	44,44
30	32,49	46,41
31	34,22	48,88
32	36,29	51,84
33	38,71	55,30
34	41,38	59,12
35	44,50	63,57
36	48,04	68,63
37	52,19	74,56
38	57,04	81,48
39	62,58	89,40
40	68,90	98,43
41	76,01	108,58
42	83,64	119,48
43	92,06	131,51
44	101,18	144,55
45	111,10	158,71
46	121,81	174,02
47	133,24	190,34
48	145,38	207,68
49	158,05	225,79
50	171,36	244,80

### 20 Jahre Vertragslaufzeit

Eintrittsalter	Jährlicher Zahlbeitrag *	Jährlicher max. Bruttobeitrag
20	30,31	43,30
21	30,94	44,20
22	31,71	45,30
23	32,72	46,75
24	33,98	48,54
25	35,52	50,74
26	37,31	53,30
27	39,53	56,47
28	42,19	60,27
29	45,28	64,69
30	48,91	69,87
31	53,02	75,75
32	57,57	82,25
33	62,62	89,46
34	68,20	97,43
35	74,32	106,17
36	81,08	115,83
37	88,54	126,48
38	96,59	137,98
39	105,33	150,47
40	114,73	163,90
41	124,88	178,40
42	136,41	194,48
43	148,78	212,55
44	163,14	233,06
45	179,41	256,30
46	197,99	282,85
47	219,21	313,16
48	243,43	347,76
49	271,08	387,26
50	302,66	432,37

### 30 Jahre Vertragslaufzeit

Eintrittsalter	Jährlicher Zahlbeitrag *	Jährlicher max. Bruttobeitrag
20	40,71	58,16
21	43,01	61,44
22	45,63	65,18
23	48,61	69,44
24	51,92	74,17
25	55,66	79,51
26	59,84	85,48
27	64,45	92,07
28	69,61	99,45
29	75,21	107,45
30	81,37	116,24
31	88,07	125,82
32	95,55	136,50
33	103,99	148,56
34	113,53	162,19
35	124,41	177,73
36	136,81	195,44
37	150,96	215,66
38	167,17	238,82
39	185,65	265,21
40	206,70	295,29
41	230,56	329,37
42	257,37	367,67
43	287,36	410,51
44	321,60	459,43
45	359,81	514,02
46	373,80	534,00
47	388,42	554,89
48	403,75	576,78
49	419,82	599,74
50	436,65	623,79



### Wichtiger Hinweis:

Bitte rufen Sie uns an, damit wir Ihnen alle gesetzlich vorgeschriebenen Vertragsunterlagen zur Verfügung stellen können. Telefon: 069 - 71 70 7 - 540 Vielen Dank!

\*Der Beitrag entspricht dem zur Zeit gültigen Nettobeitrag. Dieser errechnet sich aus dem eigentlichen Tarifbeitrag (Bruttobeitrag), vermindert um die zur Zeit gültige Gewinnbeteiligung. Diese Gewinnbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden. Maßgeblich sind die Vertragsbedingungen. Die vollständigen Verkaufsunterlagen erhalten Sie vor Vertragsabschluss in elektronischer oder gedruckter Form kostenlos von Hoesch & Partner.

Allgemeiner Hinweis: Die tabellarische Übersicht enthält nicht alle gesetzlich erforderlichen Vertragsinformationen und Hinweise zu nicht garantierten Überschüssen. Maßgeblich ist daher die jeweilige individuelle Angebotsberechnung des Anbieters. Die Tabelle erhebt daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

**HOTLINE BEI FRAGEN**  
069 - 71 70 7 - 540

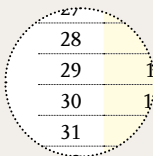
Mehr als 30 Versicherungsparten und über 100 Versicherer im Vergleich. Service und Beratung inklusive – natürlich unverbindlich und kostenlos!

## Allianz Risikolebensversicherung: Beitragstabellen

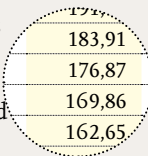
1. Wählen Sie den favorisierten Laufzeit aus.



2. Das Eintrittsalter entspricht dem Alter am Ende dieses Jahres 2010.



3. In der Zeile des Eintrittsalters finden Sie den Zahlbeitrag und den Bruttobeitrag.



4. Füllen Sie den Antrag aus und schicken Sie diesen per Fax (069-727375) oder per Post an: Hoesch & Partner GmbH, Rüterstraße 1, 60325 Frankfurt Hotline: 069-71707-540.



### Männer

Versicherungssumme 100.000 €, Nichtraucher, Berufsgruppe A

Für Frauen bitte wenden!

### 10 Jahre Vertragslaufzeit

Eintrittsalter	Jährlicher Zahlbeitrag *	Jährlicher max. Bruttobeitrag
20	55,17	78,81
21	53,09	75,84
22	51,00	72,86
23	49,10	70,14
24	47,71	68,16
25	46,67	66,67
26	46,23	66,05
27	46,32	66,17
28	46,75	66,79
29	47,70	68,15
30	49,26	70,37
31	51,34	73,34
32	54,02	77,17
33	57,22	81,74
34	60,94	87,06
35	65,27	93,24
36	70,29	100,42
37	76,01	108,59
38	82,69	118,13
39	90,33	129,04
40	99,19	141,70
41	109,09	155,85
42	120,24	171,77
43	132,78	189,68
44	146,65	209,50
45	162,03	231,47
46	178,92	255,60
47	197,42	282,03
48	217,72	311,03
49	240,00	342,86
50	264,45	377,79

### 20 Jahre Vertragslaufzeit

Eintrittsalter	Jährlicher Zahlbeitrag *	Jährlicher max. Bruttobeitrag
20	52,75	75,36
21	52,56	75,08
22	52,60	75,14
23	52,98	75,68
24	53,84	76,92
25	55,24	78,92
26	57,18	81,68
27	59,74	85,35
28	62,99	89,99
29	66,97	95,67
30	71,73	102,47
31	77,27	110,38
32	83,73	119,62
33	91,08	130,12
34	99,37	141,96
35	108,60	155,15
36	118,87	169,82
37	130,25	186,07
38	142,97	204,24
39	157,09	224,42
40	172,79	246,85
41	190,12	271,60
42	209,64	299,48
43	231,70	331,00
44	256,93	367,05
45	286,08	408,68
46	319,93	457,04
47	359,36	513,37
48	405,22	578,88
49	458,39	654,85
50	519,68	742,40

### 30 Jahre Vertragslaufzeit

Eintrittsalter	Jährlicher Zahlbeitrag *	Jährlicher max. Bruttobeitrag
20	65,36	93,37
21	67,81	96,87
22	70,76	101,08
23	74,33	106,18
24	78,62	112,32
25	83,68	119,54
26	89,54	127,92
27	96,25	137,50
28	103,95	148,50
29	112,64	160,92
30	122,52	175,03
31	133,56	190,80
32	146,12	208,75
33	160,37	229,10
34	176,72	252,46
35	195,52	279,32
36	217,32	310,46
37	242,65	346,65
38	272,08	388,68
39	306,08	437,26
40	345,11	493,01
41	389,51	556,45
42	439,40	627,71
43	494,80	706,86
44	555,58	793,69
45	621,94	888,49
46	647,65	925,22
47	674,85	964,07
48	703,60	1.005,15
49	734,10	1.048,72
50	766,38	1.094,83



### Wichtiger Hinweis:

Bitte rufen Sie uns an, damit wir Ihnen alle gesetzlich vorgeschriebenen Vertragsunterlagen zur Verfügung stellen können. Telefon: 069 - 71 70 7 - 540 Vielen Dank!

\*Der Beitrag entspricht dem zur Zeit gültigen Nettobeitrag. Dieser errechnet sich aus dem eigentlichen Tarifbeitrag (Bruttobeitrag), vermindert um die zur Zeit gültige Gewinnbeteiligung. Diese Gewinnbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden. Maßgeblich sind die Vertragsbedingungen. Die vollständigen Verkaufsunterlagen erhalten Sie vor Vertragsabschluss in elektronischer oder gedruckter Form kostenlos von Hoesch & Partner.

Allgemeiner Hinweis: Die tabellarische Übersicht enthält nicht alle gesetzlich erforderlichen Vertragsinformationen und Hinweise zu nicht garantierten Überschüssen. Maßgeblich ist daher die jeweilige individuelle Angebotsberechnung des Anbieters. Die Tabelle erhebt daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

**HOTLINE BEI FRAGEN**  
069 - 71 70 7 - 540

Mehr als 30 Versicherungsparten und über 100 Versicherer im Vergleich. Service und Beratung inklusive – natürlich unverbindlich und kostenlos!

# Antrag



Vermittlernamen	HOESCH & PARTNER <small>VERSICHERUNGSMAKLER</small>
Vermittlernummer	55/0411
Telefonnummer	

## Risikolebensversicherung RISK-vario®

<b>Antragsteller</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma				
Name	Vorname	Titel	Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer			Geburtsort	
Land	PLZ	Ort	Familienstand	Staatsangehörigkeit
derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)		Ausbildung/Abschluss	Telefon für Antragsrückfragen (tagsüber)	

<b>Zu versichernde Person</b> (falls nicht Antragsteller) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr				
Name	Vorname	Titel	Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer			Geburtsort	
Land	PLZ	Ort	Familienstand	Staatsangehörigkeit
derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)		Ausbildung/Abschluss	Telefon für Antragsrückfragen (tagsüber)	

<b>Beantragter Versicherungsschutz:</b> <input type="checkbox"/> RISK-vario® <input type="checkbox"/> RISK-vario® risikoadäquat* <input type="checkbox"/> RISK-vario® Einmalbeitrag (EB)				
<b>Verlauf:</b> <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> linear fallend* <input type="checkbox"/> wahlfrei* <input type="checkbox"/> Finanzierung (annuitätisch)* <input type="checkbox"/> Zeitrrente* <input type="checkbox"/> Sparplanabsicherung*				
* Bitte reichen Sie das unterschriebene Angebot mit dem Verlauf der Versicherungssumme je Versicherungsjahr ein!				
<input type="checkbox"/> <b>verbundene Leben</b> (bitte Zusatzklärung für weitere versicherte Personen (A802D) ausfüllen)				
Versicherungsbeginn	Eintrittsalter	Versicherungssumme	Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer
01.	.2011		Euro	Jahre
<b>Dynamik:</b> Bei konstantem Verlauf (nicht möglich bei: risikoadäquat, EB) ist eine Dynamik mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen um 2 % vorbelegt. Statt einer Erhöhung um 2 % beantrage ich eine Erhöhung um <input type="text"/> % des Vorjahresbeitrages (3 - 10 %, bei Einschluss BUZ/EUZ 3 - 5 %, ganzzahlig).				
<input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Dynamikerhöhung entsprechend der Erhöhung der Bemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten, mindestens um 5 %.				
<input type="checkbox"/> Ich wünsche <b>keine</b> Dynamik				
<input type="checkbox"/> <b>Unfalltod-Schutz mit erhöhter Versicherungssumme bei Unfalltod</b> (nicht möglich bei: risikoadäquat, EB, verbundene Leben). UZV-Prozentsatz zwischen 50 - 100 % der anfänglichen Versicherungssumme, in 1 % Schritten <input type="text"/> %				
<input type="checkbox"/> <b>Berufsunfähigkeits-Schutz (BUZ)</b> <input type="checkbox"/> <b>Erwerbsunfähigkeits-Schutz (EUZ)</b> (Zusatzversicherung, nicht möglich bei: risikoadäquat, EB, verbundene Leben; pro Vertrag <b>entweder</b> BUZ <b>oder</b> EUZ)				
<input type="checkbox"/> <b>Beitragsbefreiung und bare Rente</b> (maximale Rente 48 % der anfänglichen Versicherungssumme) <input type="checkbox"/> <b>nur Beitragsbefreiung</b>				
<b>BUZ/EUZ-Optionen:</b> <input type="checkbox"/> Zusatzzahlung <input type="checkbox"/> 2 % Rentendynamik im Leistungsfall <input type="checkbox"/> Dread Disease (nicht für EUZ) <input type="checkbox"/> Verzicht auf § 163 VVG				
Beruf lt. Angebot	Versicherungsdauer	Leistungsdauer (ab Versicherungsbeginn)	Karenzzeit	Jahresrente
	Jahre	Jahre	Monate	Euro

<b>Beitragszahlung</b> (Mindestbeitrag 5,00 Euro netto) <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> einmalig (EB)				
<b>Gesamtbeitrag laut Zahlungsweise</b>		* kann nicht garantiert werden, siehe Erläuterung in den Schlusserklärungen auf Seite 5.		
brutto	Euro	netto*		

<b>Einzugsermächtigung:</b> Die Dialog Lebensversicherungs-AG ist bis auf Widerruf berechtigt, die Beiträge bei Fälligkeit von folgendem Konto einzuziehen		
Konto-Nr.	Bankleitzahl	Name und Ort des Geldinstituts
Name, Anschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller		Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller

<b>Angaben zum Geldwäschegesetz</b> – nur auszufüllen, wenn Jahres-Nettobeitrag 1.000 Euro übersteigt oder bei Dynamik:	
<b>Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten</b>	
<input type="checkbox"/> Ja, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und alle damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.	
<input type="checkbox"/> Nein, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung bzw. auf Veranlassung eines Dritten.	
Name, alle Vornamen, des veranlassenden Dritten:	Meldeanschrift:
Beziehung zu dieser Person:	Bitte erläutern Sie die Hintergründe, weshalb die Geschäftsbeziehung / Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt:
<b>Identifizierung des Vertragspartners durch amtlich gültigen Ausweis</b> (entfällt, wenn Antragsteller am Lastschriftinzugsverfahren teilnimmt)	
<b>Falls Vertragspartner eine Firma ist bitte Ermittlungsbogen nach dem GWG (A083) einreichen!</b>	
<input type="checkbox"/> Personalausweis- / <input type="checkbox"/> Reisepass-Nr.	gültig bis
ausstellende Behörde	
Geburtsort des Vertragspartners	Geburtsland des Vertragspartners
Staatsangehörigkeit	

<b>Bezugsrecht</b>	
Bezugsberechtigter für eine ggf. vereinbarte Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente ist der Versicherungsnehmer.	
Bezugsberechtigter im Todesfall ist in nachstehender Rangfolge:	
1. bei Versicherungen <b>auf ein Leben</b>	2. bei Versicherungen <b>auf mehrere verbundene Leben</b>
a) der Versicherungsnehmer, soweit nicht versicherte Person,	a) der Versicherungsnehmer, soweit nicht verstorbene versicherte Person
b) der Ehegatte, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet war	b) die überlebende(n) versicherte(n) Person(en); bei gleichzeitigem Ableben der versicherten Personen soll folgende Person bezugsberechtigter sein (Name, Vorname, Geburtsdatum):
<input type="text"/>	
Sofern Sie ein <b>abweichendes Bezugsrecht</b> wünschen, bitte nachstehend eintragen (Name, Vorname, Geburtsdatum)	

Antrag per Fax ☎ 069-727375 oder per Post ✉ an Hoesch & Partner GmbH, Rusterstraße 1, 60325 Frankfurt, Hotline ☎ 069-71707-540

Hinweis: Sofern mehrere Personen abschließen wollen, diesen Blankoantrag einfach kopieren!

**Fragen an die zu versichernde Person:** Für weitere versicherte Personen bitte je eine Zusatzklärung (A802D) verwenden.

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie die jeweiligen Beschwerden mit Ihren eigenen Worten. Zur leichteren Beantwortung der Fragen nennen wir häufige Beispiele uns wichtiger Angaben. Diese Beispiele sind nicht abschließend. Ihre Reihenfolge beinhaltet keine Wertung. Zu durchgeführten Gentests beachten Sie bitte den Hinweis auf Seite 5 „Gentests“. Bitte nutzen Sie zu häufigen Erkrankungen unsere Zusatzklärungen in der Angebots-Software oder unter [www.dialog-leben.de](http://www.dialog-leben.de).

**Sie sind verpflichtet, sämtliche im Antrag gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer je nach Verschulden berechtigen, den Vertrag anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder – auch rückwirkend – anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen. Bitte beachten Sie dazu auch die gesonderte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 4 des Antrags.**

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar an die Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen.

1. Wurden innerhalb der letzten <b>5 Jahre</b> Anträge bei anderen Lebensversicherungsgesellschaften zu erschwerten Bedingungen, z.B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo? Erschwerung? Grund? <input style="width: 100%;" type="text"/>		
2. Planen Sie innerhalb der nächsten <b>12 Monate</b> Aufenthalte von mehr als 3 Monaten außerhalb Europas, den USA oder Kanadas?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: wohin, wann und wie lange? <input style="width: 100%;" type="text"/>		
3. Üben Sie in Beruf oder Freizeit Aktivitäten mit einer erhöhten Unfallgefahr oder einem erhöhten Verletzungsrisiko aus (z.B. Bergsport, Chemikalien, Militär, Sondereinheiten, Sprengstoff, Strahlen, Fallschirmspringen, Flugsport, Gleitschirm-, Drachenfliegen, Kampfsport, Klettern, Rennsport, Tauchen, Extremsport, Expeditionen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, nähere Angaben: <input style="width: 100%;" type="text"/>		
3.1 Haben Sie in den letzten <b>12 Monaten</b> Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeifen <b>geraucht</b> (siehe hierzu auch § 2a ABRis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist über Ihre Gesundheit am besten informiert? (Bitte Name und Anschrift angeben)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
5. Körpergröße und Gewicht:	<input style="width: 50px;" type="text"/> cm	<input style="width: 50px;" type="text"/> kg
6. Wurde bei Ihnen <b>jemals</b> eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Wurden Sie in den letzten <b>10 Jahren</b> in einem Krankenhaus, in Rehabilitations- oder Kureinrichtungen stationär untersucht, behandelt oder operiert (ambulant oder stationär) oder ist dies für die nächsten 12 Monate beabsichtigt oder von einem Arzt oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten empfohlen worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Sind oder waren Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> wegen <b>Krankheiten oder Beschwerden</b> bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung		
8a durch akute oder chronische <b>Infektionen</b> , z.B. Borreliose, Hepatitis, Malaria, rheumatische Beschwerden, Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8b des <b>Herzens, Kreislaufs oder der Gefäße</b> , z.B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörung, Herzfehler, Herzinfarkt, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Venenentzündung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8c der <b>Atmungsorgane</b> , z.B. Asthma, chronische oder mehr als 3mal jährlich Bronchitis, Schlafapnoe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8d an <b>Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber</b> , z.B. ärztlich festgestellte erhöhte Leberwerte, Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, Magengeschwür?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8e an <b>Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust</b> , z.B. Blut- oder Eiweißausscheidung, Nierenentzündung, Steinleiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8f des <b>Stoffwechsels</b> oder <b>Hormonhaushalts</b> , z.B. Eiweiß, Zucker oder Blut im Urin, ärztlich festgestellte erhöhte Blutfettwerte, Funktionsstörung der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8g des <b>Blutes oder Tumorerkrankungen</b> , z.B. Anämie, Gerinnungsstörung, Krebs, Leukämie, Zyste?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8h der <b>Psyche</b> , z.B. Angststörung, Burnout-Syndrom, Depression, Essstörung, Neurose, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Selbsttötungsversuch, Überlastungszustand?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8i des <b>Gehirns, Nervensystems oder neurologischer Art</b> , z.B. Epilepsie, Krämpfe, mehrmals wöchentlich Kopfschmerzen, Lähmung, Multiple Sklerose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> regelmäßig Medikamente, d.h. mehr als einen Monat lang täglich oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Präparat, auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel; oder wurden Ihnen welche verordnet? (Empfangnisverhütungsmittel sind davon ausgenommen) Falls ja, welche? <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> Betäubungsmittel, Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Bitte folgende Fragen zusätzlich ausfüllen, wenn eine BUZ / EUZ beantragt wird:**

11. Sind Sie <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig/freiberuflich <input type="checkbox"/> Beamter/-in <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Azubi	
Fachrichtung, Branche: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
12. Ab einer jährlichen BU/EU-Rente (einschließlich bestehender Anwartschaften) von 18.000,- EUR oder mehr: Gesamt-Brutto-Arbeitseinkommen der zu versichernden Person in den letzten 12 Monaten? <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Bei einer Rente von 30.000,- EUR oder mehr (einschl. bestehender Anwartschaften) siehe Erläuterungen in den Schlusserklärungen auf S. 5	
13. Wie hoch ist Ihr Anteil an Bürotätigkeiten (Innendienst)? (Nicht erforderlich bei EUZ)	<input style="width: 50px;" type="text"/> %
14. Wie hoch ist Ihr Anteil an körperlichen Tätigkeiten/Außendiensttätigkeiten/Dienstreisen? (Nicht erforderlich bei EUZ)	<input style="width: 50px;" type="text"/> %
15. Für wie viele Vollzeitmitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? (Nicht erforderlich bei EUZ) Anzahl: <input style="width: 50px;" type="text"/>	
16. Bestehen Berufs- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen, Ansprüche auf Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente von sonstigen Rententrägern (z.B. berufsständische Versorgungseinrichtungen) oder wurden in den <b>letzten 5 Jahren</b> Berufs- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen beantragt? Wenn ja, wo? Höhe der Jahresrente? <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Sind Sie oder waren Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> wegen <b>Krankheiten oder Beschwerden</b> bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio- oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung	
a. der <b>Wirbelsäule</b> , z.B. Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Hexenschuss, Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
: <b>Knochen, Gelenke</b> , z.B. Arthrose, Bänderverletzung, Gelenkentzündung, Hüftfehlstellung, Meniskusverletzung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c. der <b>Haut, Allergien</b> , z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-) Ekzem, Schuppenflechte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d. der <b>Ohren</b> , z.B. Gleichgewichtsstörung, Hörsturz, Tinnitus, vermindertes Hörvermögen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e. der <b>Augen</b> , z.B. grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, Komplikationen nach LASIK-OP oder haben Sie eine Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien? Bei Fehlsichtigkeit ab 6 Dioptrien bitte Wert angeben: <input style="width: 50px;" type="text"/> li <input style="width: 50px;" type="text"/> re	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB), beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente (z. B. Unfallrente) oder ist eine solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Ziffern 6 bis 10 sowie 16 bis 18 bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben:**

Zu Frage Nr.	Weswegen? Bitte geben Sie an: Art, Verlauf, Folgen, z.B. der Krankheit, Verletzung, Ergebnis der Untersuchung? Erhöhte Laborwerte?	Wann? Wie oft? Wie lange? Dauer von bis?	Ergebnis, Folgen? Gutartig / bösartig? Ist Heilung erfolgt? Wenn ja, seit wann?	Namen der behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift

Ergänzende Angaben liegen bei: Anzahl Extrablätter   Es folgen noch Angaben

**Einwilligung und Schweigepflichtentbindung zur Erhebung von Gesundheitsdaten bei Dritten**

Soweit eine Erhebung Ihrer Gesundheitsdaten bei behandelnden Ärzten, Kliniken und Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Risikobeurteilung oder die Leistungsprüfung erforderlich ist, benötigen wir im Hinblick auf § 213 VVG Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen.

**Risikobeurteilung**

Wir überprüfen die in Ihrem Antrag gemachten Angaben zu Ihrer Gesundheit, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und soweit Ihre Angaben dazu einen Anlass bieten. Wir müssen in diesem Fall eine Nachfrage bei den Stellen halten, die über diese Gesundheitsdaten verfügen. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für diese Stellen. Sie können diese bereits hier oder später im Einzelfall erteilen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Ich willige in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung bei Ärzten, Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden ein und befreie diese gegenüber den Angehörigen des Versicherers sowie den für diesen tätigen Geheimnisverpflichteten von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass ich dieser widersprechen kann.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten einwillige und die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung führen kann.

**Prüfung der Leistungspflicht**

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Arztes oder sonstiger Angehöriger eines Heilberufes ergeben. Dies erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht. Auch hierzu ist es erforderlich, dass Sie in die Datenerhebung einwilligen und die Stellen, die über entsprechende Gesundheitsdaten verfügen, von ihrer Schweigepflicht entbinden. Sie können auch diese Erklärungen bereits hier oder später im Einzelfall abgeben. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Ich willige zur Prüfung der Leistungspflicht schon jetzt in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Ärzten, Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, ein und befreie diese gegenüber den Angehörigen des Versicherers sowie den für diesen tätigen Geheimnisverpflichteten von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach dem vorstehenden Absatz unterrichtet und darauf hingewiesen, dass ich dieser widersprechen kann.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich\* der Versicherer – falls erforderlich – in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich\* werde dann jeweils entscheiden, ob ich\* in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten einwillige und die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mir ist bekannt, dass dies zu Verzögerungen bei der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. \* nach meinem Tod – meine Hinterbliebenen

**Umfang der vorstehenden Erklärungen**

Diese Erklärungen gebe ich auch für die von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, die mitversichert werden sollen bzw. sind, soweit sie die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können. Alle vorstehenden Erklärungen gelten auch über meinen Tod hinaus. Soweit ich mich dafür entschieden habe, für jede einzelne Erhebung von Gesundheitsdaten zur Risikoprüfung oder zur Prüfung im Leistungsfall eine gesonderte Schweigepflichtentbindungserklärung abzugeben, geht die Entscheidungsbefugnis darüber auf meine Erben oder – wenn solche abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

**Erfüllung der Informationspflicht**

Ich bestätige, dass ich das Produktinformationsblatt, mein persönliches Angebot, die Kundeninformationen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Mitteilung über die Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht sowie eine Zweitschrift des Antrags einschließlich der Schweigepflichtentbindungserklärung sowie der Schlusserklärungen mit der Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz erhalten habe.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer	<b>Wichtig!</b> Erforderliche Bestätigung seit 01.01.2008
		

**Widerrufsbelehrung**

**Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Dialog Lebensversicherungs-AG, Halderstraße 29, 86150 Augsburg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an die Faxnummer 0821 / 319 – 1533 zu richten. Bei einem Widerruf per E-Mail an Info@dialog-leben.de.

**Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; der Betrag errechnet sich wie folgt:

$$\text{Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat} \times \frac{1}{360} \text{ des Jahresbeitrags}$$



Darüber hinaus zahlen wir Ihnen soweit vorhanden den Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

**Besondere Hinweise**

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

**Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Seite 5 die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person. Diese Erklärungen enthalten Ermächtigungen zur Datenverarbeitung und zur Gewährung des vorläufigen Versicherungsschutzes; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrags.**

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ggf. Firmenstempel und bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter	Stempel und Unterschrift des Vermittlers  <b>HOESCH &amp; PARTNER®</b> VERSICHERUNGSMAKLER 55/0411
Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person, falls nicht Antragsteller	
		
		

Hinweis: Sofern mehrere Personen abschließen wollen, diesen Blankoantrag einfach kopieren!

## Dialog: Risikolebensversicherung: Beitragstabellen

1. Wählen Sie den favorisierten Laufzeit aus.



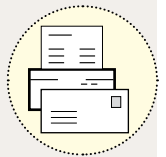
2. Das Eintrittsalter entspricht dem Alter am Ende dieses Jahres 2010.

27	
28	
29	1
30	1
31	

3. In der Zeile des Eintrittsalters finden Sie den Zahlbeitrag und den Bruttobeitrag.

172,29	183,91
	176,87
	169,86
	162,65

4. Füllen Sie den Antrag aus und schicken Sie diesen per Fax (069-727375) oder per Post an: Hoesch & Partner GmbH, Rüterstraße 1, 60325 Frankfurt Hotline: 069-71707-540.



### Frauen

Versicherungssumme 100.000 €, Nichtraucher, Berufsgruppe A

Für Männer bitte wenden!

### 10 Jahre Vertragslaufzeit

Eintrittsalter	Jährlicher Zahlbeitrag *	Jährlicher max. Bruttobeitrag
20	50,43	126,06
21	50,95	127,36
22	51,65	129,13
23	52,57	131,43
24	53,71	134,27
25	55,11	137,78
26	56,83	142,09
27	58,94	147,34
28	61,41	153,53
29	64,34	160,85
30	67,73	169,33
31	71,60	179,01
32	76,03	190,06
33	81,08	202,70
34	86,91	217,27
35	93,58	233,96
36	101,23	253,08
37	109,97	274,92
38	119,86	299,64
39	130,91	327,27
40	143,27	358,17
41	157,01	392,53
42	172,29	430,73
43	189,25	473,12
44	207,98	519,94
45	228,58	571,45
46	251,19	627,98
47	276,03	690,08
48	303,30	758,24
49	333,35	833,38
50	366,67	916,67

### 20 Jahre Vertragslaufzeit

Eintrittsalter	Jährlicher Zahlbeitrag *	Jährlicher max. Bruttobeitrag
20	58,43	146,07
21	60,44	151,11
22	62,81	157,03
23	65,58	163,95
24	68,81	172,02
25	72,57	181,42
26	76,93	192,33
27	81,99	204,98
28	87,77	219,42
29	94,31	235,78
30	101,69	254,22
31	109,95	274,86
32	119,18	297,94
33	129,50	323,74
34	141,02	352,54
35	153,82	384,56
36	168,05	420,11
37	183,83	459,58
38	201,31	503,26
39	220,62	551,55
40	242,05	605,14
41	265,91	664,79
42	292,59	731,47
43	322,59	806,47
44	356,47	891,17
45	394,79	986,98
46	438,21	1.095,53
47	487,33	1.218,33
48	542,78	1.356,95
49	605,09	1.512,73
50	674,87	1.687,18

### 30 Jahre Vertragslaufzeit

Eintrittsalter	Jährlicher Zahlbeitrag *	Jährlicher max. Bruttobeitrag
20	81,17	202,94
21	86,26	215,66
22	92,00	230,00
23	98,46	246,15
24	105,71	264,28
25	113,82	284,55
26	122,88	307,20
27	133,00	332,51
28	144,26	360,64
29	156,75	391,88
30	170,65	426,63
31	186,13	465,33
32	203,43	508,59
33	222,89	557,23
34	244,86	612,14
35	269,66	674,15
36	297,71	744,28
37	329,36	823,41
38	364,95	912,38
39	404,73	1.011,82
40	449,01	1.122,53
41	498,11	1.245,28
42	552,28	1.380,71
43	611,67	1.529,16
44	677,45	1.693,62
45	748,54	1.871,35
46	825,11	1.062,79
47	907,32	2.268,31
48	995,37	2.488,43
49	1.089,28	2.713,20
50	1.189,26	2.973,15



### Wichtiger Hinweis:

Bitte rufen Sie uns an, damit wir Ihnen alle gesetzlich vorgeschriebenen Vertragsunterlagen zur Verfügung stellen können. Telefon: 069 - 71 70 7 - 540 Vielen Dank!

\*Der Beitrag entspricht dem zur Zeit gültigen Nettobeitrag. Dieser errechnet sich aus dem eigentlichen Tarifbeitrag (Bruttobeitrag), vermindert um die zur Zeit gültige Gewinnbeteiligung. Diese Gewinnbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden. Maßgeblich sind die Vertragsbedingungen. Die vollständigen Verkaufsunterlagen erhalten Sie vor Vertragsabschluss in elektronischer oder gedruckter Form kostenlos von Hoesch & Partner.

Allgemeiner Hinweis: Die tabellarische Übersicht enthält nicht alle gesetzlich erforderlichen Vertragsinformationen und Hinweise zu nicht garantierten Überschüssen. Maßgeblich ist daher die jeweilige individuelle Angebotsberechnung des Anbieters. Die Tabelle erhebt daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

**HOTLINE BEI FRAGEN**  
069 - 71 70 7 - 540

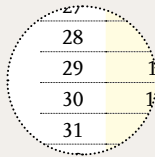
Mehr als 30 Versicherungssparten und über 100 Versicherer im Vergleich. Service und Beratung inklusive – natürlich unverbindlich und kostenlos!

## Dialog: Risikolebensversicherung: Beitragstabellen

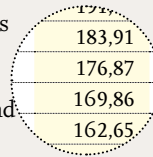
1. Wählen Sie den favorisierten Laufzeit aus.



2. Das Eintrittsalter entspricht dem Alter am Ende dieses Jahres 2010.



3. In der Zeile des Eintrittsalters finden Sie den Zahlbeitrag und den Bruttobeitrag.



4. Füllen Sie den Antrag aus und schicken Sie diesen per Fax (069-727375) oder per Post an: Hoesch & Partner GmbH, Rüterstraße 1, 60325 Frankfurt Hotline: 069-71707-540.



### Männer

Versicherungssumme 100.000 €, Nichtraucher, Berufsgruppe A

Für Frauen bitte wenden!

#### 10 Jahre Vertragslaufzeit

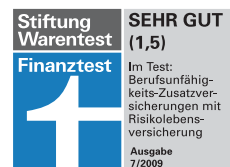
Eintrittsalter	Jährlicher Zahlbeitrag *	Jährlicher max. Bruttobeitrag
20	89,60	224,01
21	89,60	224,01
22	89,61	224,02
23	89,65	224,14
24	89,95	224,87
25	90,60	226,50
26	91,68	229,20
27	93,71	233,16
28	95,42	238,55
29	98,25	245,62
30	101,88	254,69
31	106,43	266,06
32	112,20	280,49
33	119,22	298,06
34	127,46	318,66
35	136,99	342,47
36	147,92	369,81
37	160,46	401,15
38	174,75	436,88
39	191,08	477,70
40	209,61	524,02
41	230,65	576,61
42	254,29	635,72
43	280,94	702,36
44	310,97	777,42
45	344,58	861,45
46	382,01	955,03
47	422,90	1.057,25
48	467,41	1.168,52
49	515,93	1.289,84
50	569,96	1.424,89

#### 20 Jahre Vertragslaufzeit

Eintrittsalter	Jährlicher Zahlbeitrag *	Jährlicher max. Bruttobeitrag
20	95,62	239,05
21	97,64	244,10
22	100,20	250,51
23	103,35	258,38
24	107,17	267,93
25	111,75	279,39
26	117,21	293,02
27	123,64	309,10
28	131,17	327,92
29	139,96	349,90
30	150,16	375,40
31	161,97	404,92
32	175,59	438,98
33	191,22	478,05
34	208,97	522,43
35	228,97	572,43
36	251,39	628,47
37	276,14	690,34
38	303,37	758,42
39	333,40	833,49
40	366,93	917,32
41	404,41	1.011,03
42	446,33	1.115,84
43	493,51	1.233,77
44	546,86	1.367,14
45	607,46	1.518,66
46	676,70	1.691,76
47	755,68	1.889,19
48	845,34	2.113,26
49	946,52	2.366,29
50	1.059,54	2.648,84

#### 30 Jahre Vertragslaufzeit

Eintrittsalter	Jährlicher Zahlbeitrag *	Jährlicher max. Bruttobeitrag
20	123,13	315,31
21	133,06	332,64
22	141,05	352,62
23	150,23	375,56
24	160,73	401,82
25	172,68	431,69
26	186,18	465,45
27	201,22	503,05
28	217,90	544,74
29	236,41	591,04
30	257,23	643,08
31	280,63	701,57
32	306,99	767,48
33	336,76	841,91
34	370,41	926,03
35	408,53	1.021,32
36	451,86	1.129,65
37	501,01	1.252,52
38	556,45	1.391,12
39	618,56	1.546,40
40	687,39	1.718,49
41	762,84	1.907,10
42	844,58	2.111,44
43	931,94	2.329,84
44	1.024,09	2.560,23
45	1.120,90	2.802,25
46	1.222,27	3.055,66
47	1.328,27	3.320,67
48	1.439,14	3.597,85
49	1.555,16	3.887,91
50	1.676,63	4.191,59



#### Wichtiger Hinweis:

Bitte rufen Sie uns an, damit wir Ihnen alle gesetzlich vorgeschriebenen Vertragsunterlagen zur Verfügung stellen können. Telefon: 069 - 71 70 7 - 540 Vielen Dank!

\*Der Beitrag entspricht dem zur Zeit gültigen Nettobeitrag. Dieser errechnet sich aus dem eigentlichen Tarifbeitrag (Bruttobeitrag), vermindert um die zur Zeit gültige Gewinnbeteiligung. Diese Gewinnbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden. Maßgeblich sind die Vertragsbedingungen. Die vollständigen Verkaufsunterlagen erhalten Sie vor Vertragsabschluss in elektronischer oder gedruckter Form kostenlos von Hoesch & Partner.

Allgemeiner Hinweis: Die tabellarische Übersicht enthält nicht alle gesetzlich erforderlichen Vertragsinformationen und Hinweise zu nicht garantierten Überschüssen. Maßgeblich ist daher die jeweilige individuelle Angebotsberechnung des Anbieters. Die Tabelle erhebt daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

HOTLINE BEI FRAGEN  
069 - 71 70 7 - 540

Mehr als 30 Versicherungsparten und über 100 Versicherer im Vergleich. Service und Beratung inklusive – natürlich unverbindlich und kostenlos!

Hoesch & Partner GmbH  
Risikolebensversicherung  
Rüsterstraße 1  
60325 Frankfurt am Main

## Rückantwort Risikolebensversicherung (Fax/Brief)

Bitte ausfüllen und auf jeden Fall zurücksenden  
per Fax an 069-72 73 75 oder im Rückkuvert

(Porto übernimmt Hoesch & Partner)

Terminsache: Bitte beigefügten Antrag bevorzugt  
bearbeiten!

- Antrag anbei – Bitte um bevorzugte Policierung.
- Antrag anbei – Bitte um Anruf unter Telefon-  
nummer ....., um
  - offene Fragen zu klären,
  - den Antrag am Telefon zu vervollständigen.

- Ich möchte bei

.....  
zu Sonderkonditionen abschließen. Antrags-  
unterlagen bitte zusenden.

- Bitte rufen Sie mich an. Ich habe noch einige  
Fragen.

Bitte informieren Sie mich zusätzlich über  
folgende Themen:

- Riester-Rente
- Berufsunfähigkeitsversicherung
- Altersvorsorge
- Private Rente
- Krankenversicherung
- .....

Angaben zu Ihrer Person

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße

.....  
Plz, Ort

.....  
Beruf

.....  
Telefon/Mobil

.....  
E-Mail

Telefonisch am besten zwischen ..... und  
..... Uhr zu erreichen.

.....  
Kommentar

**HOTLINE BEI FRAGEN**  
**069 – 71 70 7-540**

.....  
Mehr als 30 Versicherungssparten und über 100 Versicherer im Vergleich. Service und Beratung inklusive – natürlich unverbindlich und kostenlos!