

# RisikoVorsorge – Antrag

Bei  ist Zutreffendes anzukreuzen. Striche oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung! Bitte Hinweise ① bis (12) im Anhang beachten!

<b>Versicherungsnehmer</b>		Antragsnummer (WEB)	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma			
Titel, Vor- und Zuname, Geburtsname (mit Komma trennen)		Sparkassen-Kunden-Nr.	
Straße, Haus-Nr.		Tarifgruppe ①	
PLZ	Ort, Wohnsitzland		
Berufliche Tätigkeit ②, Dienststelle/Sammelvertragspartner		Wenn Student: Studienrichtung	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Rentner
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Telefon/E-mail

  

<b>1. Versicherte Person</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<b>2. Versicherte Person (bei Tarif RUv bzw. Rfkv)</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Sparkassen-Kunden-Nr.	Sparkassen-Kunden-Nr.
Titel, Vor- und Zuname, Geburtsname (mit Komma trennen)	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ	Ort, Wohnsitzland
Berufliche Tätigkeit ②, Dienststelle	Berufliche Tätigkeit ②, Dienststelle
<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Rentner
Wenn Student: Studienrichtung	Wenn Student: Studienrichtung
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Geburtsort	Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Staatsangehörigkeit
Telefon/E-mail	Telefon/E-mail

  

<b>Beginn/Eintrittsalter/Dauer</b>			
Versicherungsbeginn ③	Eintrittsalter ④	Ende Versicherungsdauer ⑤	Ende Beitragszahlungsdauer
0, 1			
Ende konstante Dauer bei Tarif Rfk/Rfkv ⑤			

  

<b>Leistungen</b>				
<input type="checkbox"/> Tarif RBR ⑥	<input type="checkbox"/> Tarif RU ⑥	<input type="checkbox"/> Tarif RUv ⑥	<input type="checkbox"/> Tarif Rfk ⑥	<input type="checkbox"/> Tarif Rfkv ⑥
<b>im Erlebensfall bei Tarif RBR</b>				
Beitragsrückgewähr (EUR) ⑦				
<b>im Todesfall</b>				
Versicherungssumme (EUR) ⑧	Todesfall-Mehrleistung (EUR) ⑨	Gesamt-todesfallschutz (EUR) ⑨		
Überschussverwendung ⑩: <input type="checkbox"/> Todesfall-Mehrleistung <input type="checkbox"/> Sofortgewinnverrechnung (gilt nicht für Tarif RBR)				

  

<b>Beitrag/Zahlweise</b>		
Beitrag (EUR) ⑪	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Einmalbeitrag	Zahlbeitrag bei Sofortgewinnverrechnung der Überschüsse (EUR) ⑫

## Rechtlicher Betreuer

Wird der Versicherungsnehmer durch einen Betreuer vertreten?  ja  nein

Wenn ja:

Wurde für den/die Betreute/n eine dauerhafte Geschäftsunfähigkeit nach § 104 Nr. 2 BGB durch ein Gutachten festgestellt?  ja  nein

Ihre persönliche Stellung zur/m Betreuten:

Berufsbetreuer  Vereins- oder Behördenbetreuer  Elternteil  Ehegatte  Kind/Kindeskind  Bruder/Schwester

Sonstige: \_\_\_\_\_

Zustimmung des Betreuungsgerichtes liegt vor und wird zusammen mit einer Kopie des Betreuerausweises eingereicht

## Bezugsrecht (11)

### für die Erlebensfall-Leistung (nur bei RBR)

Versicherungsnehmer

Sonstige (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum):  
persönl. Verhältnis zum Versicherungsnehmer (z.B. Kind):

### für die Todesfall-Leistung

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum:  
persönl. Verhältnis zum Versicherungsnehmer (z.B. Kind):

der dann mit der vers. Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte  
 Erben der versicherten Person laut Erbschein

## Verwendung der Versicherung

Vorsorge  Rückdeckungsversicherung (Versorgungszusage ist beigefügt)  Direktversicherung lt. beigefügter Zusatzklärung

Finanzierungsgeschäft

Darlehensgeber/Sparkasse/Bank

Bankleitzahl des Darlehensgebers

## Gesundheitsfragen an die zu versichernde(n) Person(en) (Die Frage ist auch bei Anträgen mit Untersuchung zu beantworten)

### - bis zu einer Versicherungssumme von 19.999 EUR:

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachstehenden Fragen. Zur Prüfung Ihres Antrages ist es notwendig, dass Sie uns diese wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en). **Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden. Unrichtige oder unvollständige Angaben können Rechtsfolgen für Sie haben wie Rücktritt, Kündigung, Vertragsanpassung oder Anfechtung und können – auch rückwirkend – zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.**

**Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen die "Belehrung zu den Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 VVG", welche sich auf einem gesonderten Schriftstück direkt nach dem Abschnitt Schlusserklärung/Unterschriften zu Ihrem Antrag befindet.**

1. versicherte Person

2. versicherte Person

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen folgender Erkrankungen von Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder Psychotherapeuten untersucht, beraten oder behandelt?

ja  nein

ja  nein

**Herzerkrankungen:** koronare Herzkrankheit, Angina Pectoris, Herzinsuffizienz, Herzmuskelentzündung, Herzklappenfehler  
**Herzinfarkt, Herzklappenersatz, Bypass** (Kontrolluntersuchungen sind nicht anzugeben, sofern die Erkrankung länger als 5 Jahre zurück liegt.)

**Hirnschlag/Schlaganfall** (Kontrolluntersuchungen sind nicht anzugeben, sofern die Erkrankung länger als 5 Jahre zurück liegt.)

**Neurologische/psychische Erkrankungen:** Schizophrenie, Depressionen, Multiple Sklerose, Parkinsonsche Krankheit, Alzheimer, Psychosen, Alkohol- oder Drogensucht

**Lebererkrankungen:** Leberzirrhose, Hepatitis ab Typ C

**Krebs** (Kontrolluntersuchungen sind nicht anzugeben, sofern die Erkrankung länger als 5 Jahre zurück liegt.)

**Insulinpflichtige Diabetes**

**Niereninsuffizienz, Mukoviszidose, chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung**

**HIV (AIDS)-Infektion (positiver HIV-Test)**

Hinweise:

Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, kann der Antrag leider nicht angenommen werden.

Wird für die zu versichernden Personen eine weitere Sparkassen-Kapitalversicherung, Sparkassen-RisikoVorsorge oder Sparkassen-Sterbegeld beantragt, haben wir das Recht einer zusätzlichen Gesundheitsprüfung.

### - ab einer Versicherungssumme von 20.000 EUR:

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachstehenden Fragen. Zur Prüfung Ihres Antrages ist es notwendig, dass Sie uns diese wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en). **Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden. Unrichtige oder unvollständige Angaben können Rechtsfolgen für Sie haben wie Rücktritt, Kündigung, Vertragsanpassung oder Anfechtung und können – auch rückwirkend – zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.** Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

**Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen die "Belehrung zu den Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 VVG", welche sich auf einem gesonderten Schriftstück direkt nach dem Abschnitt Schlusserklärung/ Unterschriften zu Ihrem Antrag befindet.**

Die in den Fragen enthaltenen Beispiele stellen keine vollständige Aufzählung dar, sondern sollen die Bandbreite der erfragten Gesundheitsstörungen verdeutlichen.

1. versicherte Person

2. versicherte Person

1. **Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder Psychotherapeuten untersucht, beraten oder behandelt wegen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden**

1.1 **des Herzens, des Kreislaufes und der Blutgefäße?** (z. B. erhöhter Blutdruck; Beschwerden in der Herzgegend; Herzrhythmusstörung; Herzfehler; Herzinfarkt; Durchblutungsstörung; Thrombose; Embolie; Schlaganfall)

ja  nein

ja  nein

1.2 **der Atmungsorgane?** (z. B. wiederholt oder chronisch Bronchitis; Asthma; Lungenentzündung; Schlafapnoe; Tuberkulose)

ja  nein

ja  nein

1.3 **des Stoffwechsels?** (z. B. erhöhte Werte für Cholesterin, Harnsäure, Zucker; Veränderung oder Funktionsstörung der Schilddrüse; Gicht; Diabetes)

ja  nein

ja  nein

- 1.4 **der Verdauungsorgane?** (z. B. wiederholt oder chronisch Magenschmerzen; erhöhte Leberwerte; Bauchspeicheldrüsenentzündung; Entzündung oder Veränderung des Darms, der Leber; Hepatitis)  ja  nein  ja  nein
- 1.5 **der Harn- und Geschlechtsorgane?** (z. B. Nierenfunktionsstörung; Blut oder Eiweiß im Urin; Blasenentleerungsstörung; Veränderungen der Prostata, der Gebärmutter, der Brust)  ja  nein  ja  nein
- 1.6 **in Form von Geschwülsten, Tumoren, Krebs?**  
Wenn ja:  ja  nein  bösartig  gutartig  ja  nein  bösartig  gutartig
- 1.7 **des Blutes, der Milz?** (z. B. Blutarmut; Blutgerinnungsstörung; Leukämie)  ja  nein  ja  nein
- 1.8 **des Gehirns, des Rückenmarks, der Nerven?** (z. B. wiederholt oder chronisch Schwindel, Kopfschmerz; Migräne; Nervenentzündung; Taubheitsgefühle; Krampfanfall; Lähmung; Multiple Sklerose)  ja  nein  ja  nein
- 1.9 **psychischer oder psychosomatischer Ursachen?** (z. B. Essstörung; Schlafstörung, Reizdarm; Aufmerksamkeits-Defizit-syndrom (ADS); Erschöpfungs-, Stress- oder Angstzustand; Panikattacke; Depression; Neurose; Psychose; Selbsttötungsversuch)  ja  nein  ja  nein

**Bitte geben Sie Einzelheiten zu den mit „ja“ beantworteten Fragen an:**

Person	Frage Nr.	Art der Erkrankung, Störung oder Beschwerden/Befund/betroffene Gliedmaßen (rechts oder links)/Höhe der Werte	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Heilpraktiker, Therapeuten, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Rehakliniken	Zeitraum (von/bis) Wie oft?	Heilung erfolgt (ja/nein)

2. Wurden Ihnen in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen oder wiederholt Medikamente verschrieben? (ohne empfängnisverhütende Mittel)  ja  nein  ja  nein  
Welche? Wann? (von/bis) Von wem?
3. Bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche oder geistige Behinderungen/Schäden, Geburtsfehler, Verluste oder Schäden an Körperteilen oder Organen, Unfallfolgen, Wirbelsäulenverkrümmung, Bandscheibenschaden?  ja  nein  ja  nein  
Wenn ja, welche?
4. Bezogen oder beantragten Sie in den letzten 5 Jahren eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder bestand in diesem Zeitraum eine anerkannte Schwerbehinderung?  ja  nein  ja  nein  
Wenn ja, bitte Kopie des Anerkennungsbescheides beifügen.  
Weshalb wurde eine Schwerbehinderung anerkannt bzw. wird eine Rente aus gesundheitlichen Gründen gezahlt?
5. Ihre Körpergröße? Ihr Gewicht?  cm  kg  cm  kg
6. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt?  ja  nein  ja  nein
7. Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Drogen?  ja  nein  ja  nein  
Wenn ja, wann und welche Drogen?
8. Wurden Sie während der letzten 5 Jahre wegen den Folgen des Konsums von Alkohol oder Drogen beraten oder behandelt?  ja  nein  ja  nein  
Wenn ja, wann und von wem?
9. Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt oder ist dies geplant? (z. B. Umgang mit Sprengstoffen; Spezialeinsätze zur Verbrechensbekämpfung; Einsatz in politischen Krisengebieten; Motorsport; Rennsport; Fallschirmspringen; Paragliding)  ja  nein  ja  nein  
Wenn ja, welchen?
10. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten?  ja  nein  ja  nein  
Wohin?
11. Welcher Arzt (evtl. Hausarzt) ist über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse am besten informiert? (Name, Anschrift)

### Einzugsermächtigung

Die Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG kann bis auf Widerruf die fälligen Beiträge von meinem Konto abbuchen.

Kontonummer	Bankleitzahl	Sparkasse/Bank
-------------	--------------	----------------

Name, Anschrift Kontoinhaber (falls nicht Versicherungsnehmer), Unterschrift Kontoinhaber/Beitragszahler
--

### Erklärung nach dem Geldwäschegesetz (12)

**Sofern der Jahresbeitrag mindestens 1.000 EUR bzw. der Einmalbeitrag mindestens 2.500 EUR beträgt oder bei Anträgen mit Dynamik der Jahresbeitrag mindestens 600 EUR beträgt, muss die nachfolgende Erklärung nach dem Geldwäschegesetz ausgefüllt werden.**

**Ab 100.000 EUR Jahres- oder Einmalbeitrag ist zwingend eine Angabe über die Herkunft der Gelder erforderlich. In diesen Fällen ist auch grundsätzlich die gesamte Erklärung nach dem Geldwäschegesetz auszufüllen (Teil A und B).**

#### Teil A: Identifizierung des Antragstellers

Sofern eine Einzugsermächtigung vom Versicherungsnehmer vorliegt, kann auf eine Identifizierung des Versicherungsnehmers (Teil A) verzichtet werden.

##### 1. Antragsteller ist eine natürliche Person

<input type="checkbox"/> Personalausweis, Nr.:	<input type="checkbox"/> Reisepass, Nr.:	Ausstellende Behörde/Ausstellungsort:	Gültig bis:
--	--	---------------------------------------	-------------

Vor- und Zuname, Anschrift, Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsname, Staatsangehörigkeit
--

##### 2. Antragsteller ist eine juristische Person

Name oder Bezeichnung der Firma	Rechtsform	Branche	Registernummer, soweit vorhanden
---------------------------------	------------	---------	----------------------------------

Anschrift Hauptniederlassung
------------------------------

Namen der Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter (Handelt es sich bei einem Mitglied des Vertretungsorgans ebenfalls um eine juristische Person, so sind die o. g. Angaben auch für diese zu erheben.)
--

Herkunft der Gelder
---------------------

#### Teil B: Ermittlung eines vom Versicherungsnehmer abweichenden wirtschaftlich Berechtigten

1) Sofern es sich bei dem **Versicherungsnehmer** um eine **juristische Person** handelt, ist zu prüfen, ob diese an einem organisierten Markt notiert (börsennotierte AG, KGaA) ist bzw. ob diese sich im Eigentum der öffentlichen Hand befindet. Sollte dies nicht der Fall sein, füllen Sie bitte den Vordruck 314H aus.

2) Auf wessen Veranlassung erfolgt die Transaktion (= wirtschaftlich Berechtigter)?

- Versicherungsnehmer oder  
 andere Person/Dritter (z. B. vom Versicherungsnehmer abweichender Beitragszahler, versicherte Person usw.)

Sofern der Versicherungsnehmer nicht auf eigene Veranlassung handelt (Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder der damit verbundenen Transaktion erfolgt auf Veranlassung, im Auftrag oder unter Kontrolle eines Dritten), muss dieser Dritte identifiziert werden:

Vor- und Zuname, Anschrift, Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsname, Staatsangehörigkeit bzw. bei juristischen Personen: Firmenname/Firmenanschrift des veranlassenden Dritten
--

Beziehung des wirtschaftlich Berechtigten zum Versicherungsnehmer
---

Hintergrund, warum Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt
--

Sofern es sich bei dem **vom Versicherungsnehmer abweichenden wirtschaftlich Berechtigten** um eine **juristische Person** handelt, ist zu prüfen, ob diese an einem organisierten Markt notiert (börsennotierte AG, KGaA) ist bzw. ob diese sich im Eigentum der öffentlichen Hand befindet. Sollte dies nicht der Fall sein, füllen Sie bitte den Vordruck 314H aus.

### Mitteilungsbestätigung

Ich bestätige hiermit, dass mir vor Abgabe meiner Vertragserklärung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung in Textform klar und verständlich übermittelt worden sind.

Datum	Versicherungsnehmer
-------	---------------------

### Schlussklärung/Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die nachfolgende **Belehrung zu den Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 VVG** sowie die Hinweise und Verbraucherinformationen im Anhang. Diese enthalten u. a.

- **das Widerrufsrecht innerhalb 30 Tagen,**
- **die Vereinbarung zur Fälligkeit des Einlösungsbeitrages und Beginn des Versicherungsschutzes,**
- **die Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz,**
- **die Schweigepflichtentbindungserklärung,**
- **die Belehrung zu den Folgen einer Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall.**

#### Einwilligung in die schriftliche Werbung

Hier ankreuzen, wenn die Einwilligung in die schriftliche Werbung nicht erteilt wird. Hinweise dazu finden Sie in den Hinweisen und Verbraucherinformationen im Anhang.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie die aufgeführten Erklärungen ab und erkennen die einzelnen Bestimmungen an.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ich wurde zu diesem Produkt beraten und habe das Beratungsprotokoll zu diesem Antrag erhalten.

Datum

Versicherungsnehmer

Versicherte Person(en) bzw. gesetzlicher Vertreter

Berater

### Statistikfelder

BV

AV

NV1

UAV

Vertragsabschließende OE

P  F  W

VN:  TP  TM  TG  FX  EM

VP:  TP  TM  TG  FX  EM

## **Belehrung zu den Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 VVG**

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG, An der Flutrinne 12, Abteilung LE, 01139 Dresden schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

*Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?*

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

*Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?*

### **1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

### **2. Kündigung**

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine betragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

### **3. Vertragsänderung**

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil; auf dieses Recht verzichten wir.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

### **4. Ausübung unserer Rechte**

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren – bei Einschluss des Berufsunfähigkeitsrisikos mit Ablauf von fünf Jahren – nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

### **5. Arglistige Täuschung**

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

### **6. Stellvertretung durch eine andere Person**

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## Hinweise und Verbraucherinformationen

### Allgemeine Hinweise

Eine Zweitschrift des Versicherungsantrages wird mir sofort nach Unterzeichnung des Antrages ausgehändigt. Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Versicherungsbedingungen.

Die einzelnen Verträge sind rechtlich selbständig und voneinander unabhängig.

Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen. Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

### Widerrufsbelehrung nach § 8 VVG

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 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:

Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG  
An der Flutrinne 12  
01139 Dresden

Widerruf per Fax: 0351 4235-555  
Widerruf per E-Mail: e-mail@sv-sachsen.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 Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat x 1/360 der Jahresprämie. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender 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

### Vereinbarung zur Fälligkeit des Einlösungsbeitrages und Beginn des Versicherungsschutzes

Ich stimme zu, dass der erste oder erste einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines fällig wird, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Es besteht somit sofortiger Versicherungsschutz nach Zahlung des Einlösungsbeitrages, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich einverstanden, auch wenn er ggf. vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Sind wir zum Einzug der Beiträge durch Lastschrift ermächtigt, gilt die Versicherung als eingelöst, wenn das Konto am Fälligkeitstag des Einlösebeitrages ausreichend gedeckt ist.

### Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (z. B. Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und den Verband öffentlicher Versicherer zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die S.V. Holding AG, die Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG und die Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG sowie die SV Sparkassenversicherung Gebäudeversicherung AG, die ÖRAG Rechtsschutzversicherung-AG, die ÖRAG Service GmbH und die Union Krankenversicherung AG, die SV Informatik GmbH und die Gesellschaft für angewandte Versicherungsinformatik mbh (GAVI) meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen im Rahmen der Leistungsbearbeitung und unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung an die Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG weitergegeben werden. Des Weiteren dürfen die Gesundheitsdaten nur an Personen- und Rückversicherer und die S.V. Holding AG, die SV Informatik GmbH und die Gesellschaft für angewandte Versicherungsinformatik mbh (GAVI) übermittelt werden. Die genannten Unternehmen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten. Zum Zwecke von Vertragsanpassungen, insbesondere wegen erhöhten Gesundheitsrisiken, können an die Versicherungsvermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Darüber hinaus willige ich ein, dass der Versicherer zur Vertragsabwicklung (insb. im Bereich der Zulagenverwaltung, der Rentenbezugsmitteilung und der Beitragsmeldungen) im dafür erforderlichen Umfang Daten an weisungsgebundene Auftragnehmer oder eigenverantwortliche Dienstleister, welche für den Versicherer in diesem Bereich tätig werden, weitergibt. Insofern entbinde ich die Angehörigen des Versicherers sowie die für diesen tätigen Geheimnisverpflichteten auch von ihrer Schweigepflicht. Ich habe die Möglichkeit der Übermittlung meiner Daten zu widersprechen, wenn ich ein besonderes persönliches Interesse daran habe.

### Für natürliche Personen gilt:

#### Einwilligung in die schriftliche Werbung

Ich willige hiermit ein, dass die Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG (SLS) sowie ihre Vermittler und die Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG (SAS) meine im Rahmen dieses Vertragsabschlusses erhaltenen personenbezogenen Daten für Zwecke der Marktforschung und schriftlichen Übermittlung von werblichen Informationen zu Versicherungsprodukten und zur Vereinbarung von Beratungsterminen erheben, verarbeiten und nutzen dürfen. Vermittler sind u. a. Versicherungsvertreter der SLS sowie deren Untervertreter oder Mitarbeiter und die Sparkassen, sofern und soweit diese Institute und Personen mit der Versicherungsvermittlung betraut sind. **Sind Sie damit nicht einverstanden, kreuzen Sie das Kästchen im Antrag unter der Schlussklärung an.** Ein Ankreuzen hat keinen Einfluss auf den Versicherungsvertrag.

**Widerspruchsrecht hinsichtlich der Werbung (§ 28 Abs. 4 Bundesdatenschutzgesetz)**

Sie können der Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung jederzeit verbindlich widersprechen. Einen Widerspruch richten Sie bitte schriftlich, elektronisch oder in Textform an: Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG, An der Flutrinne 12, 01139 Dresden, Fax: 0351/4235-555, E-Mail: e-mail@sv-sachsen.de.

**Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde**

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

**Versicherungsombudsmannverfahren**

Unser Versicherungsunternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Adresse lautet: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, e-mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de.

**Sicherungsfonds**

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz), der bei der Protaktor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protaktor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Person, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

**Folgen einer Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall nach § 28 Abs. 4 VVG****Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit**

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

**Hinweis:**

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

**Schweigepflichtentbindungserklärung****Risikobeurteilung Vertragsschluss**

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist.

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden 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 Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Die Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Falls Sie die vorstehende Erklärung nicht abgeben möchten und wünschen, dass Sie der Versicherer – falls erforderlich – für jedes versicherte Risiko informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird, dann muss dies in einer Nebenabrede zu diesem Vertrag separat vereinbart werden.

Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann der Versicherer eine angemessene Kostenbeteiligung in Höhe von 20 EUR verlangen. Die Entscheidung für diese Alternative kann die Bearbeitung des Antrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

**Prüfung der Leistungspflicht**

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete 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.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Die Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

Falls Sie die vorstehende Erklärung nicht abgeben möchten und wünschen, dass Sie der Versicherer – falls erforderlich – für jedes versicherte Risiko in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird, dann muss dies in einer Nebenabrede zu diesem Vertrag separat vereinbart werden.

Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann der Versicherer eine angemessene Kostenbeteiligung in Höhe von 20 EUR verlangen. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

#### Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch den Versicherer sowie durch die Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten. In diesem Zusammenhang entbinde ich die Angehörigen des Versicherers selbst von Ihrer Schweigepflicht, sofern die in Satz 1 genannten Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an die Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG übermittelt werden.

#### Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

#### Genetische Untersuchungen oder Analysen

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und diese nicht verlangen. Sie müssen uns jedoch Vorerkrankungen und Erkrankungen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzeigen, auch wenn in diesem Zusammenhang genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen wurden. Sie müssen uns jedoch keine genetischen Untersuchungen mitteilen, die ohne bisher aufgetretene Beschwerden mit dem Ziel vorgenommen wurden, die Veranlassung für eine bestimmte Erkrankung abzuklären. Diese Ausnahme von der Anzeigepflicht gilt nicht, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR Jahresrente vereinbart werden.

### Bestimmungen für die Sparkassen-RisikoVorsorge

#### Vertragsgrundlagen:

- Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung (Tarif RU, RUv, Rfk bzw. Rfkv)
- Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung mit Beitragsrückgewähr (Tarif RBR)
- Besondere Bedingungen für das persönliche Anpassungsrecht für die Tarife RU/RUv/RBR/2/2v (nur für Eintrittsalter unter 50 Jahren)
- Verbraucherinformationen

#### Überschussverwendung

Bei Vereinbarung der Todesfall-Mehrleistung werden die Überschussanteile ausschließlich zur Erhöhung der Todesfall-Leistung (Todesfall-mehrleistung) verwendet.

Bei Vereinbarung der Sofortgewinnverrechnung (nur möglich bei laufender Beitragszahlung und nur, wenn kein Tarif RBR vereinbart wird) werden die Überschüsse vorschüssig mit den zu zahlenden Beiträgen verrechnet.

### Hinweise ① bis (12) zu Ihrem Antrag

#### ① Tarifgruppe

E	Einzeltarif	S	Sammeltarif
KMS	Sammeltarif KMS	SSo	Sammelondertarif
G	Gruppeneinzelarif	GS	Gruppensondertarif

#### ② Berufliche Tätigkeit

Bitte geben Sie die genaue Berufsbezeichnung an.

#### ③ Versicherungsbeginn

Der Versicherungsbeginn (technischer Beginn) ist nicht unbedingt identisch mit dem Beginn unserer Leistungspflicht. Nach den Allgemeinen Bedingungen beginnt der Versicherungsschutz, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag (Einlösebeitrag) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheines bestätigt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch kein Versicherungsschutz. Haben Sie uns zum Einzug der Beiträge durch Lastschrift ermächtigt, gilt die Versicherung als eingelöst, wenn Ihr Konto am Fälligkeitsdatum des Einlösebeitrages ausreichend gedeckt ist.

#### ④ Eintrittsalter

Das Mindesteintrittsalter der versicherten Person beträgt 7 Jahre.

Für den Tarif RBR beträgt das maximale Eintrittsalter der versicherten Person 60 Jahre.

Für alle anderen Tarife beträgt das maximale Eintrittsalter der versicherten Person 55 Jahre (Versicherungssummen zwischen 5.000 EUR und 19.999 EUR) bzw. 65 Jahre (ab 20.000 EUR).

#### ⑤ Ende Versicherungsdauer

Für den Tarif RBR beträgt die minimale Versicherungsdauer 10 Jahre, die maximale Versicherungsdauer 50 Jahre.

Für alle anderen Tarife beträgt die minimale Versicherungsdauer 5 Jahre. Bei einer Versicherungssumme bis 19.999 EUR endet die Versicherungsdauer nach spätestens 15 Jahren, bei einer Versicherungssumme von 20.000 EUR bis maximal 250.000 EUR kann eine Versicherungsdauer von maximal 35 Jahren vereinbart werden. Die konstante Dauer bei den Tarifen Rfk bzw. Rfkv kann 0 Jahre, maximal jedoch die Versicherungsdauer minus 1 Jahr betragen.

Bei allen Tarifen endet die Versicherung spätestens zum 70. Lebensjahr der versicherten Person bzw. bei Abschluss einer Risikoversicherung für zwei verbundene Leben zum 70. Lebensjahr der älteren versicherten Person.

#### ⑥ Tarife

##### Tarif RBR (Risikoversicherung mit Beitragsrückgewähr)

Wir zahlen die Beitragssumme, wenn die Person den im Versicherungsschein genannten Ablauftermin erlebt, oder die vereinbarte Todesfallsumme, wenn sie vor diesem Termin stirbt.

##### Tarif RU (Risikoversicherung mit Umtauschrecht)

Die Versicherungsleistung wird innerhalb der vereinbarten Versicherungsdauer beim Tod der versicherten Person fällig.

##### Tarif RUv (Risikoversicherung für zwei verbundene Leben mit Umtauschrecht)

Die Versicherungsleistung wird innerhalb der vereinbarten Versicherungsdauer beim Tod der zuerst sterbenden versicherten Person fällig. Auch bei gleichzeitigem Tod beider Versicherter Personen, wird die Versicherungsleistung nur einmal fällig.

##### Tarif Rfk (Risikoversicherung mit fallender Versicherungssumme und Umtauschrecht)

Die anfängliche Versicherungssumme sinkt innerhalb der Versicherungsdauer nach Ende der konstanten Dauer in monatlich gleich bleibenden Raten auf Null. Beim Tod der versicherten Person innerhalb der vereinbarten Versicherungsdauer wird die jeweils noch vorhandene Versicherungsleistung fällig.

**Tarif Rfkv (Risikoversicherung mit fallender Versicherungssumme für zwei verbundene Leben und Umtauschrecht)**

Die anfängliche Versicherungssumme sinkt innerhalb der Versicherungsdauer nach Ende der konstanten Dauer in monatlich gleich bleibenden Raten auf Null. Auch bei gleichzeitigem Tod beider versicherter Personen, wird die jeweils noch vorhandene Versicherungsleistung nur einmal fällig.

**- Nachversicherungsgarantie für die Tarife RBR, RU, RUv**

Bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres haben Sie die Möglichkeit, ihre Versicherungssumme bei bestimmten Anlässen, wie z. B. Heirat, Geburt eines Kindes, ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Es gelten dabei unsere „Besondere Bedingungen für das persönliche Anpassungsrecht für die Tarife RU/RUv/RBR/2/2v (nur für Eintrittsalter unter 50 Jahren)“.

**⌚ Beitragsrückgewähr**

Im Erlebensfall wird die Summe der bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer insgesamt gezahlten Beiträge (Beitragssumme) fällig.

**⊕ Versicherungssumme**

Die Mindestversicherungssumme beträgt 5.000 EUR.

**⊕ Überschussverwendung**

Die Leistungen aus der Überschussbeteiligung und die hieraus resultierenden Gesamtleistungen ergeben sich durch eine Modellrechnung. Diese Leistungen können nicht garantiert werden.

Bei Vereinbarung der Todesfall-Mehrleistung werden die Überschussanteile ausschließlich zur Erhöhung der Todesfall-Leistung (Todesfall-mehrleistung) verwendet.

Bei Vereinbarung der Sofortgewinnverrechnung (nur möglich bei laufender Beitragszahlung und nur, wenn kein Tarif RBR vereinbart wird) werden die Überschüsse vorschüssig mit den zu zahlenden Beiträgen verrechnet.

**⊕ Beitrag**

Der Mindestbeitrag beim Tarif RBR beträgt 15,00 EUR. Bei Einmalbeitrag beträgt der Mindestbeitrag 500 EUR.

Der Mindestbeitrag bei allen anderen Tarifen beträgt 10,00 EUR.

**(11) Bezugsrecht**

Sind Versicherungsnehmer (VN) und versicherte Person nicht identisch, wird beim Tode des VN die versicherte Person neuer VN.

**(12) Erklärung nach dem Geldwäschegesetz**

Der Berater bestätigt, dass die zur Identitätsfeststellung erforderlichen Angaben des Vertragspartners in dessen persönlicher Anwesenheit aufgenommen wurden und die Richtigkeit der Angaben und Unterschrift(en) anhand vorgelegter Ausweise/Nachweise überprüft wurde.

**Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG**

An der Flutrinne 12, 01139 Dresden  
Telefon 0351 4235-0 • Fax 0351 4235-555  
e-mail@sv-sachsen.de • www.sv-sachsen.de  
Sitz Dresden, Deutschland  
Registergericht Dresden • HRB 8092  
Vorstand: Gerhard Müller (Vorsitzender)  
Hans-Jürgen Büdenbender • Friedrich Scholl  
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Joachim Hoof