

www.proxalto-lv.de

Postanschrift

Proxalto Lebensversicherung AG
Postfach 102305
20083 Hamburg

Ihr Ansprechpartner zum Vertrag:

Servicecenter
Telefon: +49 40 219 95 19 00
E-Mail: claims@proxalto-lv.de

Sie erreichen uns Montag bis Freitag
von 8 bis 18 Uhr

Antrag auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit

Sehr geehrte/r Kunde/in,

damit wir den Leistungsantrag prüfen können, brauchen wir nähere Auskünfte und Unterlagen von Ihnen.

Bitte füllen Sie den beigefügten "*Antrag auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit*" möglichst genau aus.

Zusätzlich benötigen wir noch die von Ihnen unterschriebene "*Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung*" zurück.

Wichtig:

Bitte entscheiden Sie sich auf dem beigefügten Vordruck für **EINE** der beiden Möglichkeiten.

Außerdem benötigen wir folgende Unterlagen:

- Kopie Ihnen vorliegender medizinischer Unterlagen (Befundberichte, Arzt-, Krankenhausentlassungs-, Rehaberichte)
- Kopien der vollständigen Pflegegutachten der Krankenkasse
- Kopien über die Bescheide über den gesetzlichen Pflegegrad
- Kopie des Betreuerausweises (sofern vorhanden)
- Unterlagen über einen Unfall (sofern vorhanden)
- eine in Bild und Schrift gut erkennbare, gültige und bestätigte Ausweiskopie (Vorder- und Rückseite)

Die Bestätigung mit Datum, Unterschrift und dem Vermerk "Original lag vor" kann durch die Hausbank, einen Rechtsanwalt oder Steuerberater vorgenommen werden.

Proxalto Lebensversicherung AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Rolf-Peter Hoenen
Vorstand:
Dr. Tilo Dresig (Vorsitzender),
Johannes Berkmann, Michael
Havas, Michael Sattler
Sitz: Neu-Isenburg, Amtsgericht
München HRB 177657
Ust-ID-Nr.: DE811279374
Versicherungsumsätze sind
umsatzsteuerbefreit

Eine Gesellschaft der
Viridium Versicherungsgruppe

Wenn die derzeitige Wohnsitz-/ Meldeadresse nicht aus dem Dokument hervorgeht (z.B. Reisepass) oder es sich um einen ausländischen Wohnsitz handelt, benötigen wir zusätzlich einen aktuellen Nachweis, wie z.B. Mobilfunkrechnung, Stromrechnung oder lokale Meldebescheinigung, aus dem die derzeitige Wohnsitz-/ Meldeadresse hervorgeht. Aufgrund der geltenden geldwäscherechtlichen Anforderungen sind wir verpflichtet, Sie zu identifizieren und Ihre Identität zu überprüfen.

Nach § 8 Abs. 2 des Geldwäschegesetzes sind Lebensversicherungsunternehmen berechtigt und verpflichtet vollständige Ausweiskopien einzuholen und zu archivieren.

- Ihre Steueridentifikationsnummer

Für Ihren besseren Überblick haben wir eine Checkliste erstellt. Bitte kreuzen Sie einfach an, welche Unterlagen Sie beigefügt haben und nutzen Sie das Blatt für die Zusendung.

Aus rechtlichen Gründen noch folgender Hinweis:

Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind von Ihnen Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten zu erfüllen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang unsere beiliegende Mitteilung nach §28 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung dieser Obliegenheiten.

Soweit es für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist, werden wir die von der Schweigepflicht entbundenen Personen und Institutionen befragen.

Sind Sie damit nicht einverstanden, können Sie uns die erforderlichen Informationen selbst zur Verfügung stellen. Bitte bedenken Sie dabei aber, dass keine Leistungen fällig werden können, solange uns die für die Prüfung notwendigen Unterlagen fehlen.

Bitte zahlen Sie die Beiträge zunächst weiter. Gegebenenfalls zu viel gezahlte Beiträge werden wir im Leistungsfall selbstverständlich erstatten.

Falls Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns bitte an.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Proxalto Lebensversicherung AG

Proxalto Lebensversicherung AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats:

Dr. Heinz-Peter Roß

Vorstand:

Dr. Tilo Dresig (Vorsitzender),

Johannes Berkmann, Markus

Eschbach, Michael Sattler

Sitz: München, Amtsgericht

München HRB 177657

Ust-ID-Nr.: DE811279374

Versicherungsumsätze sind

umsatzsteuerbefreit

Eine Gesellschaft der

Viridium Versicherungsgruppe

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten im Versicherungsfall

Sehr geehrte/r Kunde/in,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten/Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und in einer angemessenen Frist jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns in einer angemessenen Frist Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens - ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust - kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

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

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

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertraglichen Leistungen nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Bitte zurücksenden an:

Proxalto Lebensversicherung AG
Bereich Claims
Postfach 102305

20016 Hamburg

Leistungsantrag Pflegebedürftigkeit

Versicherungs-Nr. _____

Versicherte Person:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Folgende Unterlagen sind beigelegt:

- Antrag auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit
- Kopie Ihnen vorliegender medizinischer Unterlagen (Befundberichte, Arzt-, Krankenhausentlassungs-, Rehaberichte)
- Kopien der vollständigen Pflegegutachten der Krankenkasse
- Kopien über die Bescheide über den gesetzlichen Pflegegrad
- Kopie des Betreuerausweises
- Unterlagen über einen Unfall
- eine in Bild und Schrift gut erkennbare, gültige und bestätigte Ausweiskopie (Vorder- und Rückseite)
- Ihre Steueridentifikationsnummer
- sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person
bzw. des Betreuers

Informationen zum Antrag auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit

Sie erleichtern uns die Bearbeitung Ihres Antrags, wenn Sie bei der Beantwortung der Fragen folgende Punkte beachten:

1. Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu. Dadurch tragen Sie zu einer raschen Regulierung bei und helfen, unnötige Rückfragen zu vermeiden.

2. Anschriften

Geben Sie bitte die Anschriften (Ärzte, Krankenhäuser, Polizeidienststelle, Staatsanwaltschaft, Arbeitgeber usw.) immer **vollständig** an.

3. Frage 5: In welchem Umfang sind Sie in der Ausübung Ihrer Tätigkeit eingeschränkt?

Bitte schildern Sie uns die Art und den Umfang Ihrer Einschränkungen **ausführlich**.

4. Frage 11: Welche berufliche Tätigkeit üben Sie heute noch aus?

Bitte geben Sie bei dieser Frage an, ob Sie derzeit eine andere Tätigkeit ausüben. Bitte beschreiben Sie diese Tätigkeit und die Unterschiede ausführlich.

Bitte zurücksenden an:

Proxalto Lebensversicherung AG
Bereich Claims
Postfach 102305
20016 Hamburg

Antrag auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

I. ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Ab welchem Zeitpunkt machen Sie Leistungsansprüche geltend? Ab dem _____

1. Wegen welcher Gesundheitsstörungen sind Sie in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?

Gesundheitsstörung	von Monat/Jahr	bis Monat/Jahr

2. Hat ein Unfall zu den Gesundheitsstörungen geführt? Ja nein

Wenn ja, machen Sie hier bitte weitere Angaben zum Unfall	
Wann ereignete sich der Unfall?	
Wo ereignete sich der Unfall?	
Welche Polizeidienststelle ist zuständig?	
Wie lautet das Aktenzeichen?	

Bitte schildern Sie den Unfallhergang auf einem gesonderten Blatt.

3. Von wem werden bzw. wurden Sie untersucht, beraten oder behandelt?

Name, Vorname	Anschrift (PLZ, Ort, Straße)	Fachgebiet	Behandlungszeit- raum
Hausarzt			
Fachärzte			
Therapeuten			
Kliniken			

**Welcher der oben genannten Ärzte kann uns am besten über Ihren Gesundheitszu-
stand informieren?**

4. Welche Untersuchungen, Behandlungen, Therapien etc. sind noch geplant?

Untersuchungen, Behandlungen, Therapien	Zeitraum	Name und Anschrift

5. Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt? Ja nein

Wenn ja,					
Pflegegrad			seit wann?	festgestellt durch	
Grad 1	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		Name:	
				Anschrift:	
Grad 2	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		Name:	
				Anschrift:	
Grad 3	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		Name:	
				Anschrift:	
Grad 4	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		Name:	
				Anschrift:	
Grad 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		Name:	
				Anschrift:	
Wenn nein,					
ist eine Untersuchung geplant?			<input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein		

II. HILFSMITTEL

6. Haben Sie Hilfsmittel beantragt? Ja nein

Wenn ja, welche (z. B. Rollstuhl, Toilettensitz, Pflegebett)			
Hilfsmittel	Datum	genehmigt	Ablehnungsgrund
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

III. ART DER PFLEGE

7. Werden Sie gepflegt?

Ja nein

wenn ja, durch			
Familienmitglieder	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> geplant ab _____
Pflegedienst	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> geplant ab _____
Pflegekraft im Pflegeheim	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> geplant ab _____

VI. ANGABEN ZUM WEITEREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

8. Bestehen für Sie auch noch bei anderen Versicherungsunternehmen Pflegeversicherungen?

Haben Sie dort bereits einen Leistungsantrag gestellt?

ja nein

Versicherungsunternehmen	Anschrift	Versicherungsnummer

19. Wo waren Sie in den letzten 10 Jahren krankenversichert?

Krankenkasse	Anschrift	Versicherungsnummer

Ich bin tagsüber telefonisch erreichbar:

privat _____ geschäftlich _____

Die Leistungen sollen überwiesen werden:

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Steueridentifikations-Nr. : _____

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Fragen richtig und vollständig beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen führen. Dieser Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen tritt stets auch in dem Fall ein, dass die bewusst unwahren oder unvollständigen Angaben für die Proxalto Lebensversicherung AG keine nachteiligen Folgen haben, und zwar unabhängig von der Lage des Einzelfalls.

Ich willige ferner ein, dass die Proxalto Lebensversicherung AG im erforderlichen Umfang Daten, die ihr im Rahmen der Prüfung der Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit bekannt werden, an ihre beratenden Ärzte, Rehabilitationspartner und Gesellschaften sowie Rückversicherer zur Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit weitergibt.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person
bzw. des Betreuers

Jetzt haben Sie es fast geschafft!

Bitte entscheiden Sie sich noch auf der nächsten Seite für EINE Art der "Entbindung von der Schweigepflicht" und denken Sie daran, diese zu unterschreiben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Leistungsfall Pflegebedürftigkeit Versicherungs-Nr.: _____

Zu unterschreiben von der versicherten Person bzw. Betreuer

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht ist es erforderlich, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse zu prüfen, die Sie zur Begründung Ihres Anspruchs gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes) ergeben. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns, sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschätzte Informationen weitergegeben werden müssen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft bei der Proxalto Lebensversicherung AG schriftlich zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten eine Prüfung Ihres Leistungsanspruchs in der Regel nicht möglich sein wird.

Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

Zu meinem Antrag auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit gebe ich folgende Erklärung ab:

Bitte entscheiden Sie sich für EINE der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Möglichkeit I

Ich willige ein, dass die

Proxalto Lebensversicherung AG

meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Die Proxalto Lebensversicherung AG darf auch externe Spezialisten (z. B. Rehabilitationsberater, Berufsberater, Sachverständige für Berufskunde, Therapeuten) zur Prüfung meines Anspruchs sowie zu Zusatzangeboten befragen und die dafür erforderlichen Unterlagen an diese weiterleiten.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Proxalto Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Proxalto Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Proxalto Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II

O Ich wünsche, dass mich die

Proxalto Lebensversicherung AG

in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Proxalto Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Proxalto Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann und die hierdurch entstehenden zusätzlichen Kosten von mir zu tragen sind.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Proxalto Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person
bzw. des Betreuers

Leistungsfall Pflegebedürftigkeit Versicherungs-Nr.: _____

Zu unterschreiben von der versicherten Person bzw. Betreuer

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Dieses Exemplar ist für Ihre Unterlagen bestimmt

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht ist es erforderlich, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse zu prüfen, die Sie zur Begründung Ihres Anspruchs gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes) ergeben. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns, sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschätzte Informationen weitergegeben werden müssen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft bei der Proxalto Lebensversicherung AG schriftlich zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten eine Prüfung Ihres Leistungsanspruchs in der Regel nicht möglich sein wird.

Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

Zu meinem Antrag auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit gebe ich folgende Erklärung ab:

Bitte entscheiden Sie sich für EINE der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Möglichkeit I

Ich willige ein, dass die

Proxalto Lebensversicherung AG

meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Die Proxalto Lebensversicherung AG darf auch externe Spezialisten (z. B. Rehabilitationsberater, Berufsberater, Sachverständige für Berufskunde, Therapeuten) zur Prüfung meines Anspruchs sowie zu Zusatzangeboten befragen und die dafür erforderlichen Unterlagen an diese weiterleiten.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Proxalto Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Proxalto Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Proxalto Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II

O Ich wünsche, dass mich die

Proxalto Lebensversicherung AG

in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Proxalto Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Proxalto Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann und die hierdurch entstehenden zusätzlichen Kosten von mir zu tragen sind.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Proxalto Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person
bzw. des Betreuers