

Ihr Antragsformular

MAXXELLENC^{BASIC}

Deutschland

Wichtiger Hinweis (Folgen einer Anzeigepflichtverletzung)

Zur Prüfung der bei Ihnen vorliegenden Risikogegebenheiten bitten wir Sie, uns die nachfolgenden Fragen schriftlich zu beantworten. Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder dieser Fragen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Ihre Angaben sind Grundlage und Voraussetzung für die weitere Bearbeitung Ihres Antrages in unserem Hause und werden auch Bestandteil des von Ihnen angestrebten Versicherungsvertrages.

Wir fragen Sie nach allen Ihnen bekannten Gefahrumständen, die Einfluss auf unsere Entscheidung zur Risikoübernahme haben. Dazu zählen z.B. neben Ihrem Alter Ihre berufliche Situation, Ihre Lebensgewohnheiten (z.B. Rauchen, Alkohol- oder Drogengebrauch), die Ausübung von sportlichen Aktivitäten sowie Auslandsaufenthalte, Ihre persönliche medizinische Vorgeschichte und Ihr aktueller Gesundheitszustand sowie auch Ihre Einkommenssituation.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten und damit Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, stehen uns Rechte zu, die Einfluss auf Ihren Versicherungsschutz haben:

(1) Rücktrittsrecht und Wegfall des Versicherungsschutzes

Bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen nach, dass Sie weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt haben. Ist bereits vor unserem Rücktritt der Versicherungsfall eingetreten, bleiben wir zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Gefahrumstand weder

für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Anderenfalls besteht im Fall des Rücktritts kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch immer, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

(2) Kündigungsrecht

Wenn Sie bei Verletzung Ihrer Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat für die Zukunft kündigen.

(3) Vertragsänderungsrecht

Wenn wir den Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, können wir nicht kündigen und bei grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung nicht zurücktreten. Die anderen Bedingungen, z.B. Mehrbeitrag oder Ausschluss, werden dann allerdings, auf unser Verlangen, Vertragsbestandteil – rückwirkend ab Vertragsbeginn, sofern Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt haben oder ab der laufenden Versicherungsperiode, soweit eine schuldlose Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem für Sie dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei. Bevor Sie Ihre Vertragserklärung durch Ihre Unterschrift bestätigen, prüfen Sie bitte die Richtigkeit Ihrer Angaben, Antworten und Erläuterungen, auch wenn Ihnen andere Personen beim Ausfüllen des Antrages geholfen haben.

Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Vertragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne an Sie stellen, um dann aktuell eine Annahmemeitscheidung treffen zu können.

Standard Life Versicherung
Lyoner Straße 15

60528 Frankfurt am Main

Alles was Sie wissen müssen

Bestätigung der Ihnen ausgehändigten Unterlagen

- Unverbindliche Modellrechnung
- Basispaket für Ihre MAXXELENCE^{BASIC} – fondsgebundene Rentenversicherung (Stand: MAB/D/1006/I/)
- Antrag auf eine MAXXELENCE^{BASIC} – fondsgebundene Rentenversicherung (Stand: MAB/D/1000/I/01/08)
- Ein Exemplar der Beratungsdokumentation.
- Informationen über den Vermittler, seine Beratungsgrundlage sowie zur Streitschlichtungs- und Beschwerdestelle.

Unterschrift

Hiermit bestätige ich, alle oben aufgelisteten Druckstücke erhalten zu haben.

Vorname, Name des Antragstellers

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Antrag auf:

MAXXELLENC^{BASIC} – fondsgebundene Rentenversicherung ohne Kapitalwahlrecht

Antragsteller (Versicherungsnehmer = VN) und zu versichernde Person

Bitte den Erstwohnsitz/Meldewohnsitz eintragen. Falls eine abweichende Korrespondenzanschrift gewünscht wird, bitte auf einem Beiblatt angeben.

Titel, Vorname <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Erlernter Beruf	
Nachname		Tätig als	
Straße, Haus-Nr.		Branche	
PLZ, Ort		Tarif <input type="checkbox"/> Rauchertarif <input type="checkbox"/> Nichtraucher	
Geburtsort	Geburtsdatum	Vermittler	
Staatsangehörig <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere ²		Mitarbeiter	
Telefon privat ¹	Telefon dienstlich ¹	Vermittler-Nr.	
E-Mail ¹		Register-Nr.	
Familienstand <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet		Register-Nr. (Untervermittler)	
Tätigkeitsstatus <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Angestellt ö. D. <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Sonstiges		Police <input type="checkbox"/> An Vermittler <input type="checkbox"/> An Versicherungsnehmer	
Sind Sie bereits Kunde bei Standard Life? ¹ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Führen Sie den Kunden bereits mit einer Kundennummer?	

Beitragseinzugsermächtigung

Ich ermächtige die Standard Life Versicherung, Zweigniederlassung Deutschland der Standard Life Assurance Limited, bis auf Widerruf alle fälligen Beträge von folgendem inländischen Konto einzuziehen.

Geldinstitut	Konto-Nr.
BLZ	Kontoinhaber (muss der VN sein)

Angaben gemäß Geldwäschegesetz (bitte hier die jeweils erforderlichen Angaben eintragen)

Angaben zum Antragsteller

Gültiger Personalausweis Gültiger Reisepass

Ausweis-Nr.
Ausstellende Behörde
Ausstellungsdatum
Unterschrift des Vermittlers

Der Antragsteller gibt an, er handelt auf

eigene Rechnung oder fremde Rechnung für

Vorname, Name
Straße, Haus-Nr.
PLZ, Ort

¹Diese Angaben sind freiwillig.

²Bitte eine Kopie der Aufenthaltserlaubnis beilegen, wenn Sie nicht EU-Bürger sind.

Art und Umfang der Rentenversicherung

Versicherungsbeginn Ich beantrage Versicherungsschutz ab Versicherungsbeginn

Eintrittsalter

Alter zum Rentenbeginn (mindestens 60)

Dynamisierung der Rente während Rentenbezug 0% 0,5% 1% 1,5% 2% 2,5% 3%

Beitrag

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich Einmalig

Beitrag lt. Zahlungsweise

Beitragszahlungsdauer in Jahren (falls abgekürzte Beitragszahlungsdauer gewünscht)

Fondsauswahl

Aktien Europa STANDARD LIFE MoM Europe <input type="text"/> %	Aktien Weltweit STANDARD LIFE MoM World <input type="text"/> %	Portfolio Balance STANDARD LIFE MoM Balance <input type="text"/> %
STANDARD LIFE Tracker Europe <input type="text"/> %	STANDARD LIFE Tracker World <input type="text"/> %	STANDARD LIFE Tracker Balance <input type="text"/> %
Aktien US STANDARD LIFE MoM US <input type="text"/> %	Festverzinsliche Wertpapiere STANDARD LIFE Bonds <input type="text"/> %	Portfolio Chance STANDARD LIFE MoM Chance <input type="text"/> %
STANDARD LIFE Tracker US <input type="text"/> %	Immobilien STANDARD LIFE Property Select <input type="text"/> %	STANDARD LIFE Tracker Chance <input type="text"/> %
Aktien Asien-Pazifik STANDARD LIFE MoM Asia Pacific <input type="text"/> %	Cash STANDARD LIFE Cash <input type="text"/> %	GESAMT <input type="text"/> 100 %
STANDARD LIFE Tracker Asia Pacific <input type="text"/> %		

Zuzahlung zu Beginn

Zuzahlung zu Beginn (mind. € 1.000) €

Bei vermindertem Anfangsbeitrag (Low Start-Option)

Dauer in Jahren (1–4 Jahre)

Prozentsatz (mind. 30%) [bitte in 10% Schritten angeben]

Dynamisierung

Beitragsdynamik in % 3

Ich möchte keine Beitragsdynamik in den Vertrag einschließen.
 Abweichend von o.g. Dynamiksatz möchte ich eine Beitragsdynamik einschließen in Höhe von (1–10%) [ganze Zahl]

Art und Umfang des Hinterbliebenenschutzes im Todesfall

Hinterbliebenenschutz nach Rentenbeginn

Kapitalschutz? Ja Nein

Im Todesfall erbringen wir generell die Leistung ausschließlich in Form einer Hinterbliebenenrente, jedoch nur, sofern Hinterbliebene im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 2 b EStG vorhanden sind.

Wurde Kapitalschutz vereinbart und stirbt die versicherte Person nach Rentenbeginn, so steht das bei Rentenbeginn vorhandene Kapital, gemindert um die bereits ausgezahlten Rentenleistungen, als zur Verrentung verfügbarer Betrag zur Bildung einer Hinterbliebenenrente im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b EStG zur Verfügung, jedoch nur dann, wenn die bereits ausgezahlten Rentenleistungen das bei Rentenbeginn vorhandene Kapital nicht übersteigen.

Berufsunfähigkeitsdeckung

Beitragsbefreiung? Ja

1–10% Passivdynamik ab Eintritt BU (Silent Power) %

Versicherungsschutz bis Endalter

Leistungsdauer bis Endalter

Karenzzeit Keine 3 Monate 6 Monate

Fragen an die versicherte Person zum Einkommen und anderer Leistungsansprüche (wenn Beitragsbefreiung beantragt wird)

Bitte geben Sie hier Ihr Einkommen aus selbständiger bzw. nichtselbständiger Tätigkeit an (Bruttoeinkommen)

1.1 Einkommensangaben:

Mein derzeitiges Bruttomonatseinkommen beträgt € monatlich

Mein Bruttojahreseinkommen im letzten Jahr betrug € jährlich

Mein Bruttojahreseinkommen im vorletzten Jahr betrug € jährlich

1.2 Haben Sie Ansprüche auf Leistungen bei Tod, Berufs-, Nein Ja

Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit aus bereits bestehenden Absicherungen und/oder Versicherungsverträgen? Todesfallsumme € Berufsunfähigkeit € p.a.

Erwerbsunfähigkeit € p.a. Dienstunfähigkeit € p.a.

Kammerversorgung € p.a.

**Fragen an die versicherte Person bezüglich besonderer Gefährdungen und Gegebenheiten
(wenn Beitragsbefreiung beantragt wird)**

2.1 Haben Sie derzeit beruflich

- Umgang mit explosiven Stoffen/Gasen? Nein Ja
- Umgang mit radioaktiven Stoffen? Nein Ja
- Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen wie biologischen Arbeitsstoffen oder hautbelastenden Substanzen? Nein Ja

2.2 (a) Üben Sie eine oder mehrere Sportart(en) aus? Nein Ja **Welche?**

(b) Nehmen Sie an sportlichen Wettkämpfen/Wettbewerben teil? Nein Ja **Welchen?**

2.3 Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU, Islands, Norwegens, der Schweiz, der USA oder Kanadas von insgesamt mehr als 12 Wochen? Nein Ja **Wann? Wohin? Zeitraum? Anlass?**

**Fragen an die versicherte Person bezüglich der derzeitigen gesundheitlichen Gegebenheiten
(wenn Beitragsbefreiung beantragt wird)**

3.1 Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an: cm kg

3.2 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten oder Zigarillos geraucht oder sind Sie Nichtraucher? Nein Ja Zigaretten pro Tag Zigarillos pro Tag

3.3 (a) Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen? Nein Ja **Nichtraucher seit** **Welche?**

(b) Bestehen bei Ihnen Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Beantragung oder Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (MdE/GdB)? Nein Ja MdE % seit GdB % seit

Gründe für MdE, GdB

(c) Besteht Wehrdienstbeschädigung (WDB)? Nein Ja **WDB seit**

Wurde eine Pflegestufe anerkannt oder beantragt? Nein Ja **Pflegestufe** (I, II, III) beantragt anerkannt seit

(d) Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion, Hepatitis B oder Hepatitis C Nein Ja **positives Testergebnis:** HIV Hepatitis B Hepatitis C

oder warten Sie noch auf das Testergebnis? Nein Ja **erwarte noch Testergebnis für** HIV Hepatitis B Hepatitis C

3.4 Bitte geben Sie hier Ihren Hausarzt an (Name und Anschrift)

kein Hausarzt vorhanden; dann bitte Angabe des am besten informierten Behandlers oder des Krankenversicherers (Name, Ort):

Bitte beachten Sie, dass wir nicht notwendigerweise den von Ihnen angegebenen Behandler kontaktieren. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Ihnen hier gestellten Fragen zu beantworten, damit wir die Ihnen bekannten Gefahrumstände bei der Entscheidung zur Risikoübernahme berücksichtigen können.

**Fragen an die versicherte Person bezüglich der innerhalb der letzten 5 Jahre gestellten Lebensversicherungsanträge
(wenn Beitragsbefreiung beantragt wird)**

4.1 Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre von Ihnen beantragte Versicherungen

- auf Ihr Leben Nein Ja
- auf Berufsunfähigkeit Nein Ja
- auf Erwerbsunfähigkeit Nein Ja
- auf den Pflegefall Nein Ja

nur zu nicht normalen Bedingungen angenommen, abgelehnt, zurückgestellt oder wurde über solche Anträge noch nicht entschieden?

Ablehnung nicht normale Bedingungen (z.B. Zuschlag, Klausel)

Zurückstellung für Jahre noch nicht entschieden

Gesellschaft:

Im Jahr: **Summe/Rente:**

Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie Ihr jeweiliges Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen.

Der Rückfragezeitraum beträgt **10 Jahre in Frage 5.1–5.2** und **5 Jahre in Frage 6.1–6.2**. Uns ist bewusst, dass es für Sie schwierig werden kann, über solche Zeiträume Aussagen zu treffen. Bitte nutzen Sie deshalb alle Ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, sich vor und bei der Beantwortung der Fragen über die jeweilige Gesundheitslage sachgerecht zu informieren, z. B. auch unter Zuhilfenahme Ihres Hausarztes oder anderer Sie behandelnder Therapeuten.

Sie können uns so behilflich sein, schnell und kostengünstig über Ihren Antrag zu entscheiden, damit Sie so rasch wie möglich den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz bekommen.

Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele für die uns wichtigen Angaben, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Die Beispiele umfassen dabei nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem jeweiligen Antwortbereich.

Wichtig für uns sind in der rechten Spalte der folgenden Fragen nähere Einzelheiten zu Informationen zur Krankheitsbezeichnung, zu aufgetretenen Beschwerden und Folgen, zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten und, soweit bekannt/vorhanden, zu Untersuchungsergebnissen sowie detaillierte Angaben zu den verordneten Medikamenten und eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen. Name und Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut) bitte immer zusätzlich angeben.

Fragen an die versicherte Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 10 Jahre (wenn Beitragsbefreiung beantragt wird)

Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem Fragen-/Antwortbereich 5.

5.1 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren **stationär oder psychotherapeutisch** beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen im Zusammenhang mit:

Bitte hier die Gesundheitsangaben eintragen mit Angaben zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten, zu Untersuchungsergebnissen sowie mit detaillierten Angaben zu Medikamenten (Name?, Dosis?), eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen und dem Namen und der Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut).

• operativen Eingriffen (auch z.B. mittels Laser)? Nein Ja

• den Folgen von Alkohol- oder Drogenkonsum? Nein Ja

• einem Suizidversuch? Nein Ja

• Erkrankungen oder Störungen der Psyche?
Hierzu gehören u.a. depressive Stimmungen,
Angstzustände, Belastungsreaktion, Essstörung. Nein Ja

5.2 Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium **stationär** aufgehalten oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen? Nein Ja

Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungskonzepte aus dem Fragen-/Antwortbereich 6.

6.1 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen

Bitte hier die Gesundheitsangaben eintragen mit Angaben zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten, zu Untersuchungsergebnissen sowie mit detaillierten Angaben zu Medikamenten (Name?, Dosis?), eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen und dem Namen und der Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut).

(a) **des Herzens oder der Kreislauforgane?** Hierzu gehören u. a. Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Schwindel, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen. Nein Ja

(b) **der Atmungsorgane?** Hierzu gehören u. a. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörungen. Nein Ja

(c) **der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse?** Hierzu gehören u. a. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis, Veränderung der Leberwerte. Nein Ja

(d) **der Nieren u. Harnwege, Geschlechtsorgane?** Hierzu gehören u. a. Nierensteine. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin. Nein Ja

(e) **der Haut?** Hierzu gehören u. a. Ekzeme, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen. Nein Ja

(f) **der Finger, Hände, Arme, Beine, Füße, des Rückens und der Wirbelsäule, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder?** Hierzu gehören u. a. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Rückgratverkrümmung, Rückenbeschwerden, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Verschleiß, Rheuma, Fibromyalgie. Nein Ja

(g) **des Gehirns oder des Nervensystems?** Hierzu gehören u. a. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Migräne. Nein Ja

(h) **der Augen?** Hierzu gehören u. a. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- oder Netzhauterkrankung, Starkerkrankung. Nein Ja

(i) **der Ohren?** Hierzu gehören u. a. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Lärmschaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen. Nein Ja

(j) **des Stoffwechsels?** Hierzu gehören u. a. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung. Nein Ja

(k) **des Blutes?** Hierzu gehören u. a. Blutarmut/Anämie, Blutkrebs, Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit. Nein Ja

6.2 Bestehen zu den unter 6.1 angegebenen Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen derzeit noch Beschwerden und/oder Folgen? Nein Ja

Welche?

Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)

Zu folgenden Fragen habe ich keine Antwort gegeben und reiche daher die Angaben, die ich hier nicht machen möchte, bis zum unverzüglich und schriftlich nach.

Zusätzliche Angaben liegen anbei Es folgen noch Angaben Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Anzahl Extrablätter:

Zusätzliche Vereinbarung eines Ablaufmanagements

Alter zu Beginn des Ablaufmanagements (min. 7 Jahre nach Vertragsabschluss)

Dauer der Umschichtung (zwischen 3 bis 8 Jahre)

Zielfonds STANDARD LIFE Cash oder STANDARD LIFE Bonds

Mögliche Anspruchsberechtigte auf Hinterbliebenenrente im Todesfall

Bei Tod der versicherten Person gilt als anspruchsberechtigte Person auf Hinterbliebenenrente im Todesfall – soweit vorhanden – der Ehegatte der versicherten Person, mit dem diese im Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet ist.

Ist die versicherte Person im Zeitpunkt des Todes nicht verheiratet, so sind die bei Tod der versicherten Person versorgungsberechtigten Kinder im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b EStG anspruchsberechtigt mit der Maßgabe, dass für jedes Kind ein gleich hoher Teilbetrag des zur Verrentung verfügbaren Betrags zur Bildung einer Waisenrente verwendet wird.

Sind keine Personen gem. § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b EStG vorhanden, so besteht kein Anspruch auf Hinterbliebenenrente.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, die Standard Life Versicherung, insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung. Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer **allgemeinen personenbezogener Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.)

Einen intensiveren Schutz genießen **besondere Arten personenbezogener Daten** (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Wir dürfen sie im Regelfall nur verwenden, wenn Sie zuvor hierzu ausdrücklich einwilligen. (Vgl. dazu Ziffer III.)

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die Standard Life Versicherung.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Standard Life -Gruppe, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen 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/Personen 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.
- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch, Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieser Systeme kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.
- zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch die Standard Life Versicherung, andere Unternehmen der Standard Life - Gruppe oder den für mich zuständigen Vermittler.
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die Standard Life Versicherung selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen der Standard Life - Gruppe oder eine Auskunft (z. B. Infoscore, Creditreform).

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

- Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, 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 Standard Life Versicherung wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

b) Schweigepflichtentbindung zur 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 beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

- Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, 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 Standard Life Versicherung wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.
- Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. 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.

c) 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 die Standard Life Versicherung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer III 1. erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 3 (Rückversicherung), Nr. 4 (Outsourcing), Nr. 5 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 6 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen. An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. 5 keine Gesundheitsdaten weitergeben. Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 6.) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung auf Abschluss einer Lebensversicherung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag zu laufen, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen nach § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Widerrufsfolgen

Im Fall des Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz. Wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrages, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. Zusätzlich zahlen wir Ihnen den vorhandenen Rückkaufswert nach § 169 VVG. Wenn Sie eine Zustimmung auf Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist nicht erteilt haben oder der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, sind die beiderseits empfangenen Leistungen und die gezogenen Nutzungen zurückzugewähren.

Den Betrag erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Einbeziehung der allgemeinen Versicherungsbedingungen in den Versicherungsvertrag

Die allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für meine MAXXELLENC^{BASIC} – fondsgebundene Rentenversicherung sind rechtlicher Bestandteil dieses Antrages. Die AVB's sind mir ausgehändigt worden. Ich habe zusätzlich die Möglichkeit über meinen Vermittler bei Standard Life die AVB's erneut anzufordern. Mit der Geltung der AVB's bin ich einverstanden.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Hiermit beantragt und erhält der Versicherungsnehmer „vorläufigen Versicherungsschutz“, es sei denn, dieser steht den besonderen Vereinbarungen entgegen. Beginn, Ende, Umfang, Entgelt und weitere Einzelheiten des vorläufigen Versicherungsschutzes richten sich nach den Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz, die auf der folgenden Seite aufgedruckt sind und ausdrücklich Inhalt dieses Vertrages werden. Für den Beginn des vorläufigen Versicherungsschutzes verweisen wir auf § 2 der Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz und hier insbesondere auf § 2 Abs. 2.

Schlusserklärung

Den Antrag und den Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung habe ich sorgfältig gelesen und bin damit einverstanden. Die Inhalte des Antrags werden rechtlicher Bestandteil des Versicherungsvertrages. Alle mir im Antrag gestellten Fragen habe ich richtig und vollständig beantwortet.

Unterschriften

Ort, Datum (bitte unbedingt angeben)

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Vermittlers

Nebenabreden/besondere Vereinbarungen

Erklärungen müssen schriftlich im Antrag niedergelegt werden; sie bedürfen der schriftlichen Bestätigung der Versicherungsgesellschaft.

Wechsel des Lebensversicherers

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Anwendbares Recht

Auf diesen Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Gültige Währung

Die Beiträge und die Versicherungsleistungen sind in Euro zahlbar.

Service

Sofern Sie einmal Reklamationen haben, stehen Ihnen zur Verfügung:

- Ihr Vermittler
- die Mitarbeiter der Standard Life Versicherung, Lyoner Str. 15, 60528 Frankfurt
- die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, Tel. 0228-4 10 80
- Versicherungsombudsman e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel. 01804/22 44 24, Email: beschwerde@versicherungsombudsman.de
- UK The Financial Services Authority, 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London, E14 5HS, Großbritannien, Tel. 00 44-20-7 67 61 00 00

Freiwillige Selbstverpflichtung

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädikativen Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädikativen Gentests müssen bei allen Arten von Lebensversicherungen erst ab einer Versicherungssumme von € 250.000 bzw. Jahresrente von € 30.000 offen gelegt werden. Unter einem „prädikativen Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

§1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf folgende Leistungen, sofern sie für diese Fälle beantragt worden sind:
 - (a) Todesfallleistung;
 - (b) Leistungen der Berufsunfähigkeitsabdeckung (Beitragsbefreiung und gegebenenfalls Berufsunfähigkeitsrente).
- (2) Die für den Todesfall beantragte Leistung, höchstens jedoch € 100.000, erbringen wir, wenn der Tod während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist.
- (3) Tritt Berufsunfähigkeit während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes ein, erbringen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, jedoch höchstens € 12.000 jährlich. Für die Beitragsbefreiung gilt höchstens der Beitrag, der für die beantragte Versicherung zu zahlen wäre, jedoch nicht mehr als € 1.000 jährlich. Diese Leistungen erbringen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer.
- (4) Ist Beitragsbefreiung beantragt, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 3, wenn dieser Vertrag zustande gekommen ist und solange er nicht weggefallen ist. In Erfüllung unserer Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz werden wir Anträge auf Versicherungen, für die Beitragsbefreiung beantragt ist, nicht deshalb ablehnen, weil Sie uns eine nach Unterzeichnung Ihres Antrages eingetretene Berufsunfähigkeit angezeigt haben.
- (5) Ist Rente beantragt, zahlen wir gemäß Absatz 3 die Rente und befreien Sie zugleich gemäß Absatz 3 von der Beitragszahlungspflicht. In Erfüllung unserer Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz werden wir Anträge auf Versicherungen, für die auch Berufsunfähigkeitsrente beantragt ist, nicht deshalb ablehnen, weil Sie uns eine nach Unterzeichnung Ihres Antrages eingetretene Berufsunfähigkeit angezeigt haben.
- (6) Endet nach bereits anerkannter Berufsunfähigkeit aus dem vorläufigen Versicherungsschutz unsere Leistungspflicht und tritt danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache(n) ein, werden wir wieder Leistungen nach diesen Bedingungen erbringen.
- (7) Die in den Absätzen 2 und 3 genannten Begrenzungen gelten auch dann, wenn, gleichgültig von wem, mehrere Anträge für dieselbe zu versichernde Person bei uns gestellt worden sind.

§2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz gelten folgende Voraussetzungen:

- (1) Der beantragte Versicherungsbeginn liegt nicht später als zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrages.
- (2) Der Erst- oder Einmalbeitrag (Einlösebeitrag) für die beantragte Versicherung ist gezahlt oder uns ist eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden.
- (3) Sie haben das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht.
- (4) Ihr Antrag bewegt sich im Rahmen der von uns angebotenen Produkte und Bedingungen.
- (5) Die versicherte Person hat bei Unterzeichnung des Antrages das 63. Lebensjahr noch nicht vollendet.

§3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht, spätestens mit dem dritten Tag nach der Unterzeichnung des Antrages.
- (2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn
 - (a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat,
 - (b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben,
 - (c) Sie Ihren Antrag zurückgenommen haben,
 - (d) Sie dem Zustandekommen des Versicherungsvertrages widersprochen haben oder
 - (e) der Einzug des Einlösebeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.
- (3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne eine Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Bei Selbsttötung der versicherten Person besteht vorläufiger Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.
- (2) Tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes der Versicherungsfall ein und sind dafür Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden unmittelbar ursächlich, die bereits im Zeitpunkt der Antragstellung vorhanden und der versicherten Person bekannt gewesen sind, ist unsere Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- (3) Ist der Versicherungsfall, der vorläufig versichert ist (§1 Absatz 1), in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, eingetreten, ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen.

§5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen gesonderten Beitrag. Erbringen wir jedoch Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für den Teil der Laufzeit des vorläufigen Versicherungsschutzes, der beim Zustandekommen des Hauptvertrages für diesen zu zahlen wäre.

§6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung? Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

- (1) Soweit in diesen Bestimmungen nichts anderes geregelt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung.
- (2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Wir freuen uns auf Sie. Telefon 0180 2 214747

(€ 0,06 pro Anruf aus dem Festnetz der Deutschen Telekom)

www.standardlife.de

Standard Life Versicherung

Zweigniederlassung Deutschland der Standard Life Assurance Limited

Hauptbevollmächtigter: Bertram Valentin

Bankverbindung: Deutsche Bank Frankfurt Kto. Nr. 176818303 BLZ 500 700 10

UST-ID Nr. DE 179804501

Reg.G.Nr. HRB 41297 Sitz: Edinburgh (Schottland) Register-Nr. SC286833

Rechtsform: Limited Company

Vorstand: Lord Blackwell (Vorsitzender) Kent Atkinson (stellvertretender Vorsitzender)

Evelyn Bourke Tony Brown Sandy Crombie John Gill Ray Greenshields Anne Gunther

Frank Kirwan Paul Matthews Trevor Matthews Steve Melcher Keith Morris

David Nish Nathan Parnaby