

Alte Leipziger

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherungsnehmer: _____

**Arbeitnehmererklärung zur
erweiterten Dienstobliegenheitserklärung**

Gesundheitserklärung von:

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Voraussetzung für die Absicherung von Grundfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs-, Todesfall- oder Hinterbliebenenschutz (auch als Zusatzversicherung) ist die uneingeschränkte Dienst- und Erwerbsfähigkeit zum Zeitpunkt der Unterschrift.

Bei Grundfähigkeitsversicherungen:

Ich erkläre, dass ich in den letzten 2 Jahren nicht länger als 14 Kalendertage ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt war und bei mir keine Behinderungen bestehen (darunter zu verstehen sind Schwerbehinderte bzw. gleichgestellte behinderte Menschen gemäß § 2 SGB IX).

Bei allen anderen Versicherungen:

Ich erkläre, dass ich in den letzten 2 Jahren nicht länger als 14 Kalendertage ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt war.

Eine einmalig aufgetretene ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von bis zu 21 Kalendertagen kann hier unberücksichtigt bleiben, wenn sie durch eine folgenlos ausgeheilte akute Erkältungskrankheit (grippaler Infekt) oder einen folgenlos ausgeheilten akuten Magen-/Darminfekt verursacht wurde.

Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zu vorstehenden Punkten im Leistungsfall zum Verlust meiner Versorgungsansprüche führen können.

Ich stimme dem Abschluss und der Verwaltung meiner Versorgung bei der Alte Leipziger zu. Dazu dürfen meine personenbezogenen Daten an die Alte Leipziger sowie ggf. an den Vermittler übermittelt und dort gespeichert, verarbeitet und soweit erforderlich an im Rahmen der Bearbeitung beauftragte Dritte und/oder Rückversicherer weitergegeben werden. Die Daten sind unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften zu übermitteln und zu speichern.



Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person