

Antrag auf Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages der Swiss Life Unterstützungskasse e.V.

– Kapital
– Rente

bei

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565
Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Klaus G. Leyh
Berliner Straße 85 · 80805 München
Telefon 0 89/3 81 09-0 · Fax 0 89/3 81 09-4405
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich · CH-020.5.901.324-6
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vorsitzender),
Gerold Bühler, Volker Bremkamp, Damir Filipovic,
Carsten Maschmeyer, Henry Peter, Peter Quadri,
Frank Schnewlin, Franziska Tschudi

Bayerische Landesbank München
Konto-Nr. 36 545
BLZ 700 500 00

IBAN DE24 7005 0000 0000 0365 45
BIC BYLADEMMXXX

Tarif

800/890	Leibrentenversicherung auf ein Leben mit aufgeschobener Rentenzahlung und Rentengarantie (Tarif 800) mit Partnerrenten-Zusatzversicherung (Tarif 890)
810	Leibrentenversicherung auf ein Leben mit aufgeschobener Rentenzahlung, Rentengarantie und Prämienrückgewähr
900/905	Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall mit variabler Todesfallleistung
950/955	Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall
30/35	Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
600	Leibrentenversicherung auf ein Leben mit sofort beginnender Rentenzahlung und Rentengarantie gegen Einmalprämie ohne Kapitalwahlrecht
650	Leibrentenversicherung auf zwei Leben mit sofort beginnender Rentenzahlung und Rentengarantie gegen Einmalprämie ohne Kapitalwahlrecht

Zusätzliche Hinweise zu den Tarifen finden Sie in den Erläuterungen und in der Schlussklärung.

Antrag auf Abschluss

GP-Name									
VVR-Nr.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FD	Vermittler-Nr.		-	-	-	-	-	-	-
Versicherungsschein-Nr.									

I. Am Vertrag beteiligte Personen **Antragsteller = Versicherungsnehmer = Prämienzahler** (ID 1000982)

Name, Vorname, Titel

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

 Zu versichernde Person

Name, Vorname, Titel

Straße, Hausnummer

Herr Frau

Staatsangehörigkeit

Postleitzahl Wohnort

ausgeübte Tätigkeit

selbstständig

 ja nein

Geburtsname

Geburtsdatum:

Tag Monat Jahr

Branche

Telefon (Angabe freiwillig)¹ **mitversicherter Ehepartner** (nur Tarife 890 und 650)

Name, Vorname, Titel

Straße, Hausnummer

Herr Frau

Postleitzahl Wohnort

Geburtsname

Geburtsdatum:

Tag Monat Jahr

II. Firmenversicherung **Rückdeckungsversicherung**

Eintritt in die Firma

Tag Monat Jahr

III. Unverfallbarkeit (bei sofort beginnenden Renten nicht erforderlich)

Im Falle eines möglichen vorzeitigen Ausscheidens des Versicherten aus dem Trägerunternehmen soll folgende Regelung zur Unverfallbarkeit greifen:

 Entgeltumwandlung

Unverfallbarkeit ab Beginn; die vom Trägerunternehmen aufrecht zu erhaltende Anwartschaft entspricht nach § 2 Abs. 5a BetrAVG den durch die Rückdeckungsversicherung bis zum vorzeitigen Ausscheiden finanzierten Leistungen.

 arbeitgeberfinanzierta) Unverfallbarkeit dem **Grunde** nach: Unverfallbarkeit ab Beginn gesetzliche Mindestregelung nach § 1b BetrAVG (beim Ausscheiden hat der Versicherte das 25. Lebensjahr vollendet und war mindestens 5 Jahre in der Versorgung)b) Unverfallbarkeit der **Höhe** nach: beitragsorientierte Leistungszusage (§ 1 Abs. 2 BetrAVG); die vom Trägerunternehmen aufrecht zu erhaltende Anwartschaft entspricht nach § 2 Abs. 5a BetrAVG den durch die Rückdeckungsversicherung bis zum vorzeitigen Ausscheiden finanzierten Leistungen. Leistungszusage; die vom Trägerunternehmen aufrecht zu erhaltende Anwartschaft errechnet sich im Verhältnis der bis zum Ausscheiden zurückgelegten zur insgesamt bis zur Fälligkeit der Altersversorgung möglichen Firmenzugehörigkeit (sog. „m/n-tel Methode“).**IV. Rentenauszahlung durch die Swiss Life Unterstützungskasse e.V.** (nur für Sofortrenten Tarife 600 und 650) **über das Trägerunternehmen** (brutto)

Das Trägerunternehmen führt Steuern und Sozialabgaben ab und leitet die Nettorente an den Versorgungsberechtigten weiter.

 direkt an den VersorgungsberechtigtenDie Unterstützungskasse führt Steuern und Sozialabgaben ab. **Der Versorgungsberechtigte meldet uns seine steuerliche Identifikations-Nummer.** Diese Form der Rentenzahlung ist mit zusätzlichen Verwaltungskosten für das Trägerunternehmen verbunden.

Bankverbindung: Geldinstitut

Bankleitzahl

Konto-Nr.

Name und Anschrift der Krankenkasse; Versichertennummer bei Krankenkasse

Steuerliche Identifikations-Nummer

V. Versicherungsbeginn und -dauer

Versicherungsbeginn

 .

Versicherungs-/Aufschubdauer bis (ggf. inkl. Rendite-/Abrufphase)

Jahre +

Monate

 Renditeplan/
Abrufplan

(5-10 Jahre)

VI. Hauptversicherung**Kapital**

Tarif

Versicherungssumme bzw. Abrufsumme zum 1. Abruftermin

 , €

anfängliche Todesfallsumme in % der Versicherungssumme (bei Tarif 900/905)

 %Überschussverwendungssystem²¹⁻² = Ergänzende Informationen siehe Seite 7

Leibrente

Tarif Rente pro Jahr bzw. Aburfrente zum 1. Aburftermin , € Partnerrente % (Tarife 890 und 650) Kapitalabfindung (bei Aburfrente zum 1. Aburftermin) , €

Rentengarantiezeit (Tarife 810 und 600) Jahre Rentengarantiezeit (Tarife 890 und 650) 00 Jahre Zahlungsweise der Rente ^{1/12} Überschussystem² für sofort beginnende Renten Rentenbonus im Todesfall (Tarif 810) 0% abweichend: 100%

VII. Zusatzversicherungen

30/35 Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Karenzzeit³ Monate Leistungsregelung ja nein Pauschalregelung (50%)

A. Prämienbefreiung

Versicherungsdauer⁴ bis Jahre + Monate Leistungsdauer⁵ bis Jahre + Monate Einschluss der garantierten steigenden Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit nein

B. Berufsunfähigkeitsrente

Versicherungsdauer⁴ bis Jahre + Monate Leistungsdauer⁵ bis Jahre + Monate Jahresbetrag , € garantierte Rentensteigerung (0, 1, 2 oder 3%) %

Überschussystem² für die BU-Rente Prämienverrechnung Die Zahlung der Rente erfolgt in monatlichen Raten.

Das Ende der Versicherungs- und Leistungsdauer der BUZ muss dem Ende der Versicherungs-/Aufschubdauer der Hauptversicherung (vgl. V.) entsprechen, bei Wahl von „Renditeplan/Aburphase“ (vgl. V.) mind. dem 1. Aburftermin.

VIII. Dynamik⁶ (ACHTUNG: nur bei Prämien ab 5.000 Euro (1/1), 2.500 Euro (1/2), 1.250 Euro (1/4) bzw. 500 Euro (1/12) möglich)

ja nein Form⁶ (A-C) jährliche Steigerung der Prämie % bei Form B/C Erhöhungsintervall alle Jahre Jahre (1-3 Jahre möglich) Umfang Voll- Teildynamik

IX. Prämie

jährlich ^{1/1} ^{1/2} ^{1/4} ^{1/12} einmalig (nur Tarife 600 und 650) Tarifprämie , € zzt. zu zahlende Prämie⁷ , € Besondere Vereinbarungen

Rahmenvertrag über Mitgliedsnummer Rolle der VP (1-5) 1 = VP ist selbst Mitglied 2 = CGF/Vorstand des Mitglieds 3 = Arbeitnehmer des Mitglieds 4 = Ehegatte/Partner des Mitglieds 5 = Kind des Mitglieds bzw. Aufnahmeantrag beifügen

X. Bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung: Besondere Risikofragen an die versichernde Person

Hinweis: Wir bitten Sie, jede Frage genau und vollständig zu beantworten. Bitte beachten Sie die Gesonderte Mitteilung zu den Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG. Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, müssen Swiss Life unverzüglich schriftlich angezeigt werden. Diese Verpflichtung gilt auch für den Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots (Invitativmodell). Falls Sie Fragen falsch oder unvollständig beantworten, können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, ihn kündigen, ihn anpassen oder die Leistung teilweise oder vollständig verweigern.

A. Berufliche Tätigkeit

1. Üben Sie Ihre aktuelle berufliche Tätigkeit ununterbrochen seit mindestens 3 Jahren aus (ohne Ausbildungs-/Anlernzeit)? ja nein **Zutreffendes bitte ergänzen bzw. ankreuzen**

2. Welche weiteren beruflichen Tätigkeiten haben Sie in den letzten 5 Jahren ausgeübt?

3. Welche berufliche Ausbildung haben Sie? Jahre Dauer der Ausbildung

4. Sind Sie angestellt? ja nein

5. Bei Selbstständigen: Seit wann sind Sie selbstständig?

6. Üben Sie zu mindestens 75% Bürotätigkeiten (Innendienst) aus? ja nein

7. Zu wie viel Prozent sind Sie körperlich tätig? %

8. Für wie viele sozialabgabenpflichtige Mitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung?

9. Wie hoch ist Ihr jährliches Nettoeinkommen*/**? €

Wenn Selbstständigkeit seit weniger als 3 Jahren besteht: € (Nettoeinkommen* der vorangegangenen Tätigkeit)

Einkommensnachweise bitte immer bei BU-Jahresrenten über 31.200 Euro (beantragte + bei Swiss Life bestehende) einreichen!

* Bei nichtselbstständiger Tätigkeit: Bitte geben Sie Ihr durchschnittliches regelmäßiges Nettoeinkommen der letzten 12 Monate (inkl. ggf. Weihnachts- und Urlaubsgeld) ohne einmalige Sonderzahlungen (z. B. Tantiemen) an.

Bei selbstständiger Tätigkeit: Das Nettoeinkommen entspricht dem durchschnittlichen Gewinn der letzten 3 Jahre nach Steuern. Wenn die Selbstständigkeit weniger als 3 Jahre besteht, tragen Sie bitte den durchschnittlichen Gewinn der Jahre ein, in denen Sie selbstständig tätig waren. Bitte geben Sie in diesen Fällen auch Ihr Nettoeinkommen aus der vorangegangenen Tätigkeit an.

B. Bisheriger Versicherungsschutz wegen Berufsunfähigkeit oder verminderter Erwerbsfähigkeit**

Haben Sie bei anderen Gesellschaften oder Swiss Life Anspruch auf eine private oder betriebliche Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (z. B. BU-/EU-Rente) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten Antrag auf Versicherungsschutz dieser Art gestellt? ja nein

Wie hoch sind neben der beantragten Rente die Jahresrenten im Falle der Berufsunfähigkeit oder der verminderten Erwerbsfähigkeit (z. B. BU-/EU-Renten) aus der 1., 2. und 3. Schicht (Ansprüche aus berufsständischen Versorgungswerken, beamtenrechtlicher, betrieblicher, privater Versorgung usw.)? Alle bestehenden und in den letzten 12 Monaten beantragten Renten sind anzugeben! Felder ohne Eintrag werden mit Null gewertet.

BU- bzw. EU-Absicherung:	Name der Gesellschaft	Jährliche Rente	Bleibt bestehen
berufsständische, beamtenrechtliche Renten - bitte in voller Höhe eintragen, angerechnet wird die Hälfte		€	
betriebliche (z. B. Direktversicherung, Pensionszusage, Unterstützungskasse) - bitte in voller Höhe eintragen, angerechnet werden 100%		€	
private Rürup- und Riester-Versorgung - bitte in voller Höhe eintragen, angerechnet werden 100%		€	
private (3. Schicht) - bitte in voller Höhe eintragen, angerechnet werden 100%		€	
Vorversicherung-Nr.	Swiss Life	€	
aktueller Antrag	Swiss Life	€	<input checked="" type="checkbox"/>
Summe der Jahresrenten:		€	

** nur zu beantworten, wenn eine BU-Rente beantragt wird

¹⁻⁷ = Ergänzende Informationen siehe Seite 7

XI. Fragen an die zu versichernde Person

Hinweis: Wir bitten Sie, jede Frage genau und vollständig zu beantworten. Bitte beachten Sie die Gesonderte Mitteilung zu den Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG. Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, müssen Swiss Life unverzüglich schriftlich angezeigt werden. Diese Verpflichtung gilt auch für den Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots (Invitativmodell). Falls Sie Fragen falsch oder unvollständig beantworten, können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, ihn kündigen, ihn anpassen oder die Leistung teilweise oder vollständig verweigern.

Wir machen den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiagnostischen Gentests abhängig. Unter einem „prädiagnostischen Gentest“ versteht man die Untersuchung des Erbmateriels eines Gesunden auf bestimmte Krankheitsveranlagungen. Liegen bereits Befunde aus prädiagnostischen Gentests vor, müssen sie erst ab einer Versicherungssumme von mehr als 300.000 Euro bzw. Jahresrente von mehr als 30.000 Euro (Summe aus allen bestehenden und beantragten Versicherungen aller Art bei Swiss Life und anderen Lebensversicherern) offen gelegt werden.

A. Allgemeine Fragen

1. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht?

Welche? (Bitte genaue Angaben über Umfang und Dauer der gewünschten Vereinbarung)

2. Vorversicherungen bzw. weitere Anträge bei Swiss Life

Zutreffendes bitte ergänzen bzw. ankreuzen

ja nein

Versicherungsnummer, falls bekannt

B. Fragen zur persönlichen Situation

1. Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebens-, oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt, bzw. sind noch nicht endgültig entschieden?

ja nein

Wenn ja, bitte Fragebogen Vorversicherung ausfüllen.

2. Sind Sie im Beruf besonderen Gefahren (z.B. Flugrisiko*, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen*, Aufenthalt in Krisengebieten*) ausgesetzt oder beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 6 Monate einen Wechsel in einen Beruf mit besonderen Gefahren?
* wenn ja, bitte Fragebogen berücksichtigen

ja nein

Wenn ja, welchen?

3. Betreiben Sie Hobbys/Sportarten, die körperliche Betätigung oder eine erhöhte Unfallgefahr beinhalten, oder beabsichtigen Sie dies innerhalb der nächsten 6 Monate?
* bei Flugrisiko, Motorsport, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen bitte Fragebogen berücksichtigen, bei anderen bitte rechts angeben (z.B. Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen)

ja nein

Wenn ja, welche?

4. Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 6 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? Wann, wohin, wie lange, aus welchem Grund und wie sind Sie dort untergebracht?
Wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen Auslandsaufenthalt ausfüllen.

ja nein

Wo, Zeitraum, Grund?

5. Besteht ein körperliches Gebrechen, ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung?

ja nein

Wenn ja: Welche?

6. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? (Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und Erkrankung beifügen)

ja nein

Wenn ja: Aufgrund welchen Leidens?

7. Beziehen bzw. bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder wegen eines Unfalls oder ist eine Rente aus gesundheitlichen Gründen beantragt? (Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und Erkrankung beifügen)

ja nein

8. Körpergröße in cm

Gewicht in kg

Wenn BMI < 18,5 – bitte Fragebogen Untergewicht ausfüllen⁸

9. Wer ist Ihr Hausarzt, bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?

Name

vollständige Anschrift/ Fachrichtung

C. Versicherung ohne ärztliche Untersuchung (Wenn eine der Gesundheitsfragen mit Ja beantwortet wird, bitte unter D. angeben)

Hinweis: Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen sämtliche Beschwerden und Krankheiten an. Die aufgeführten Beispiele dienen nur der Veranschaulichung. Sie sind nicht abschließend.

1. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?

ja nein

2. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Betäubungsmittel oder Drogen ein?

ja nein

3. Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt?

ja nein

4. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre einen Selbsttötungsversuch* unternommen?

ja nein

* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen Psyche berücksichtigen

5. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?

ja nein

6. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Heilbehandler, Therapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktiker, Psycho-/Physiotherapeuten) untersucht, behandelt oder beraten worden wegen Erkrankungen, Störungen oder Unfallfolgen:

a) des Herzens oder des Kreislaufs (z.B. Hypertonie [Bluthochdruck], Herzinfarkt, Venenleiden, Thrombose, Schlaganfall)?

ja nein

b) der Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische Bronchitis, Asthma*, Atemwegsprobleme)?

ja nein

* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen

c) an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?

ja nein

d) an Harn- und Geschlechtsorganen (z.B. Nieren, Blase, Prostata, Unterleib, Brust)?

ja nein

e) des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse*)?

ja nein

* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen

f) der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie)?

ja nein

g) akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose)?

ja nein

h) der Psyche* (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, Burn-Out-Syndrom, Depression, Essstörung)?

ja nein

* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen

i) des Gehirns oder Nervensystems (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne*)?

ja nein

* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen

j) der Wirbelsäule*, Bandscheibe (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenverkrümmung)?

ja nein

* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen

k) der Knochen, Gelenke*, Bänder*, Sehnen* (z.B. Verschleißerkrankung, rheumatische Beschwerden oder Knieverletzung)?

ja nein

* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen

l) der Haut*, Allergien* (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt-]Ekzem, Schuppenflechte)?

ja nein

* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen

m) der Augen: Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien?

ja nein

andere (z.B. Sehstörung, Astigmatismus, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star)?

ja nein

links rechts

n) der Ohren (z.B. Tinnitus, vermindertes Hörvermögen)?

ja nein

7. Sind oder waren Sie – außer wegen den in 1 bis 6n angegebenen Beschwerden, Krankheiten – innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung von Ärzten, Heilbehandlern, Therapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktikern, Psycho-/Physiotherapeuten)?

ja nein

8. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich oder vierteljährlich) apothekenpflichtige Arzneimittel zu sich?

ja nein

9. Waren Sie in den letzten 3 Jahren mehr als 10 Kalendertage ununterbrochen erkrankt/arbeitsunfähig?

ja nein

10. Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus in den letzten 12 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, ohne einen Arzt oder anderen Behandler aufzusuchen? Hierzu zählen z.B. Enggegefüh im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörung, Sehstörung, Blut im Stuhl, Erschöpfungszustand, Angstzustand, wiederkehrender Schmerzzustand ungeklärter Ursache.

ja nein

* Wenn ja, bitte den jeweiligen Fragebogen zusätzlich ausfüllen (siehe WebOffice, www.swislife.de oder EVA-Druckstücke – Suchbegriff „Fragebogen“). Dies beschleunigt die Antragsbearbeitung und erspart Rückfragen.

⁸ = Ergänzende Informationen siehe Seite 7

D. Wenn eine der Gesundheitsfragen (C.) mit Ja beantwortet wird, sind Angaben zu **Art und Dauer der Erkrankung, Untersuchung, Behandlung, Ergebnis der Untersuchung bzw. Behandlung** sowie die **Arzt-/Heilbehandler-/Therapeuten-Anschrift** erforderlich. Ausführliche Erläuterungen ersparen Rückfragen.

Zu Frage Nr.	Weswegen? Bitte geben Sie an: Art, Verlauf, Folge z.B. Krankheit, Verletzung, Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange? Ausgeheilt? Folgen noch vorhanden?	Name und Vorname der behandelnden Ärzte, Therapeuten oder Heilbehandler, Bezeichnung der Krankenhäuser oder Kuranstalten mit Anschrift.

Da der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreicht, ist ein gesondertes Blatt beigefügt, das vom Versicherungsnehmer/in und der zu versichernden Person unterschrieben ist.

E. Versicherung mit ärztlicher Untersuchung

(Bei einer BU-Rente mehr als 2.500 Euro monatlich; jeweils inkl. bestehender Versicherungen bei Swiss Life oder bei Einschluss einer Nachversicherungsgarantie, wenn die Grenze für die Erhöhungen auf 4.000 Euro monatlich angehoben werden soll.)

Die Untersuchung findet statt bei (Name, Anschrift bitte bei B.9. eintragen)

XII. Entbindung von der Schweigepflicht

Hinweis zur Schweigepflichtentbindung

Aufgrund der Vielzahl denkbarer Fallgestaltungen ist es nicht möglich, bereits zum jetzigen Zeitpunkt alle erforderlichen Informationsquellen im Voraus aufzuzeigen, auf die es bei der Prüfung Ihres Versicherungsantrags ankommen kann. Deshalb haben wir in Ziffer 1 eine pauschale Schweigepflichtentbindung beigefügt, um eine in Ihrem Interesse zügige Informationsgewinnung gewährleisten zu können.

Alternativ steht es Ihnen selbstverständlich jederzeit frei, für jedes Auskunftersuchen eine Einzelermächtigung zu erteilen, die wir dann für jede Einzelanfrage bei Ihnen gesondert einfordern, vgl. hierzu Ziffer 2. Diese Vorgehensweise kann zu zeitlichen Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihres Antrags führen und verursacht aufgrund des besonderen Aufwands zusätzliche Kosten.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung meines Versicherungsantrags grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich im Rahmen der Antragstellung mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen ergeben. Vor dem Hintergrund obiger Ausführungen erkläre ich Folgendes:

1. Pauschale Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht:

Ich ermächtige die Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland (nachfolgend Swiss Life genannt), zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, Pflegeheime und Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse in der Vergangenheit bis zur Antragsannahme und über meine Gesundheitsverhältnisse während der nächsten 5 Jahre nach der Antragsannahme zu befragen. Swiss Life darf auch Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Über erforderliche Anfragen sowie das Widerspruchsrecht informieren wir Sie gesondert vorab.

Die o.g. Ermächtigung und Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für die im Antrag/ärztlichen Zeugnis angegebenen Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sowie andere Personenversicherer. Wir unterrichten Sie hiermit gemäß §213 Abs. 2 VVG davon, dass wir diese zur Abklärung der gesundheitlichen Situation befragen. Sie haben die Möglichkeit, dieser Befragung zu widersprechen. Sollten Sie mit dieser nicht einverstanden sein, lassen Sie uns dies bitte möglichst umgehend wissen.

2. Individuelle Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht:

Mit der pauschalen Schweigepflichtentbindungserklärung gemäß Ziffer 1 besteht kein Einverständnis. Vor diesem Hintergrund gebe ich folgende Erklärungen ab:

Ich werde, sofern ich von Swiss Life hierzu konkret aufgefordert werde, im Einzelfall schriftlich erklären, ob und inwieweit ich die unter Ziffer 1 näher benannten Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Antragsbearbeitung oder gar zur Ablehnung des Versicherungsantrags führen kann; sollte aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Antragsprüfung durch Swiss Life nicht oder nicht vollständig möglich sein. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung kann Swiss Life eine **angemessene Kostenbeteiligung in Höhe von jeweils 5,00 Euro** von mir verlangen. Vor obigem Hintergrund wünsche ich eine individuelle Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht.

Swiss Life darf Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Hiermit entbinde ich bereits jetzt die im Antrag/ärztlichen Zeugnis angegebenen Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sowie andere Personenversicherer von der Schweigepflicht und ermächtige Swiss Life, diese zu den Gesundheitsverhältnissen zu befragen.

Falls von Ihnen keine der beiden in Ziffer 1 und 2 dargestellten Möglichkeiten ausgewählt wurde, gilt die pauschale Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht gemäß Ziffer 1.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise zu widerrufen.

XIII. Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Folgeseite die verbindliche „Schlusserklärung der zu versichernden Person“. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die **Schlusserklärung(en) zum Inhalt dieses Antrags. Darüber hinaus erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung und bestätigen, die Gesonderte Mitteilung zu den Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß §19 Abs.5 VVG gelesen und beachtet zu haben.**

Ort

Datum

zu versichernde Person

mitversicherte Person

Trägerunternehmen (Stempel und Unterschrift)

Swiss Life Unterstützungskasse e.V.

Gesonderte Mitteilung zu den Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG

Für unsere Entscheidung, mit Ihnen diese/n Vertrag oder Vertragsänderung in der vereinbarten Form zu schließen, ist es notwendig, dass wir alle Aspekte zu Ihrer Gesundheit, Ihrem Beruf, Ihrem Hobby, Ihrem Einkommen usw., nach denen wir Sie fragen, kennen.

Bitte beachten Sie, dass dieser Hinweis für **alle** Ihre Angaben gilt, die Sie dazu bis zu unserer endgültigen Entscheidung machen, also auch für den Fall etwaiger Nachfragen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn Sie uns falsche oder unvollständige Angaben machen. Die Rechtsfolgen richten sich nach dem Grad Ihres Verschuldens. Bei einer vorsätzlichen Anzeigepflichtverletzung besteht ein Rücktrittsrecht. Ein solches besteht auch im Falle einer grob fahrlässigen Anzeigepflichtverletzung, es sei denn, bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände wäre der Vertrag mit anderen Bedingungen geschlossen worden; in diesem Fall werden diese auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Liegt weder eine vorsätzliche noch grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vor, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, der Vertrag wäre bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände mit anderen Bedingungen geschlossen worden; in diesem Fall werden diese auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil, bei einer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode.

Unsere Leistungspflicht bei einem bereits eingetretenen Leistungsfall kann damit ausgeschlossen sein.

Diese Verpflichtung gilt auch für den Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots (Invitatiomodell).

Schlussklärung der zu versichernden Person

A. Verantwortlichkeit für den Antrag

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig beantwortet. Falsche oder unvollständige Angaben können schwerwiegende Folgen haben. Bitte beachten Sie die Informationen im Gesonderten Hinweis auf die Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung gemäß §19 Abs.5 VVG. Die Fragen im Antrag habe ich selbst beantwortet bzw. wurden nach meinen Angaben durch die Vermittler ausgefüllt. Nebenabreden außerhalb des schriftlichen Antrags können nur mit der Rentenanstalt schriftlich getroffen werden.

B. Antragsdurchschrift

Eine Durchschrift des Antrags ist mir nach dessen Unterzeichnung sofort auszuhändigen.

C. Leistungsplan

Der hier beantragte Versicherungsvertrag begründet keinerlei Leistungsansprüche der zu versichernden Person oder der ggf. mitversicherten Person gegen die Swiss Life AG oder die Swiss Life Unterstützungskasse e.V. Für Art und Umfang dieser Leistungsansprüche ist allein der Leistungsplan der Swiss Life Unterstützungskasse e.V. bzw. die Verpflichtung des Trägerunternehmens maßgebend.

Wichtiger Hinweis!

Beschwerdestelle

Falls Sie einmal eine Beschwerde haben sollten, stehen wir Ihnen natürlich jederzeit zur Verfügung. Sie können sicher sein, dass wir alles tun werden, um Sie zufrieden zu stellen. Sollte uns das wider Erwarten nicht gelingen, können Sie sich darüber hinaus auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Erklärung zur Datenverarbeitung

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Das BDSG gestattet diese immer dann, wenn der Betroffene eingewilligt hat. Deshalb benötigen wir von Ihnen eine solche Einwilligungserklärung. Ohne diese werden der Abschluss des Vertrags und die Prüfung der Leistungspflicht nicht möglich sein.

Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten erheben, verarbeiten und nutzen, soweit sie zur Aufnahme oder Abwicklung eines Vertrags erforderlich sind, insbesondere zur Bearbeitung Ihres Antrags, zur Risikobeurteilung, zur Erfüllung der vertragsbegleitenden Beratungspflicht nach dem Versicherungsvertragsgesetz, zur Prüfung einer Leistungspflicht oder für Antrags- und Leistungsprüfungen bei anderen mit Swiss Life bestehenden oder künftig bei Swiss Life beantragten Versicherungen.

Dies gilt zunächst für Ihre Antragsdaten, z.B. Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum und Beruf. Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie die Versicherungssumme und Versicherungsdauer, die Prämie, Ihre Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Im Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Versicherungsfall und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit (Leistungsdaten).

Dies gilt aber auch für Ihre Gesundheitsdaten, also Daten über Ihren Gesundheitszustand. Solche Daten werden z.B. im Antragsformular erfragt und sind auch in dem Untersuchungsbericht der ggf. beizubringenden ärztlichen Untersuchung enthalten.

Einwilligung in die Übermittlung Ihrer Daten an Dritte

Wir werden im Rahmen der Aufnahme und Abwicklung Ihres Versicherungsvertrags in bestimmten Fällen Ihre personenbezogenen Daten und Ihre Gesundheitsdaten übermitteln, nämlich wenn

- in dem Konzern, dem Swiss Life angehört, bestimmte Verfahrensabschnitte im Geschäftsablauf zentralisiert bei einem anderen Unternehmen bearbeitet oder Daten in gemeinsamen Datensammlungen gespeichert werden,
- das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS – siehe www.informa-irfp.de) zum Zwecke einer genaueren Risiko- und Leistungsfall-einschätzung genutzt wird (Swiss Life meldet erhöhte Risiken und Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, in das HIS ein oder fragt Daten aus dem HIS ab),

- Daten mit anderen Versicherern ausgetauscht werden, bei denen Sie Verträge geschlossen oder Anträge gestellt haben oder hatten,
- Daten an Rückversicherer übermittelt werden,
- Daten an selbstständige Vermittler übermittelt werden (Gesundheitsdaten nur, soweit dies zur Vertragsgestaltung erforderlich ist),
- weisungsgebundene Auftragnehmer mit der Datenverarbeitung beauftragt werden oder
- Dienstleister zur eigenverantwortlichen Erfüllung von Datenverarbeitungs- oder sonstigen Aufgaben hinzugezogen werden.

Einwilligungserklärung

Ich willige ein in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zur Aufnahme und Abwicklung dieses Vertrags für die oben genannten Zwecke. Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf meine Gesundheitsdaten.

Ich willige ferner ein in die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten durch Angehörige des Versicherers, sofern die erhobenen Daten zur Risikoprüfung, zur Prüfung der Leistungspflicht, zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch oder zur Aufnahme und Abwicklung eines Vertrags an Dritte, wie etwa konzernangehörige Unternehmen, andere Versicherer, Rückversicherer, Vermittler oder sonstige Beauftragte und Dienstleister weitergegeben werden. Diese Einwilligung gilt ausdrücklich auch hinsichtlich meiner Gesundheitsdaten. Außerdem entbinde ich die für Swiss Life tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an das Hinweis- und Informationssystem HIS melden.

Diese Erklärungen gebe ich auch für meine Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, die mitversichert werden sollen bzw. sind, soweit sie die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Diese Einwilligungen gelten auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags und auch über meinen Tod hinaus.

Erläuterungen

1 Freiwillige Angaben

Die Angabe Ihrer Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail- oder Internetadresse ist für Sie freiwillig. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir bei Kenntnis dieser Angaben die Antragsbearbeitung bei Rückfragen zügiger durchführen können. Die Angaben unterliegen wie alle anderen Angaben der „Erklärung zur Datenverarbeitung“.

2 Überschussbeteiligung

Die Höhe einer Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden. Insbesondere sind Anpassungen bei niedrigen Kapitalmarktzinsen, erhöhten Risiken (z.B. längere statistische Lebenserwartung, steigende Schadenquote) und steigenden Verwaltungskosten möglich.

Kapitalbildende Versicherungen:

E = Erlebensfallbonus (bei Tarif 900/905 und 950/955)

Leibrentenversicherungen:

Verwendung der Überschussbeteiligung während der Aufschubdauer:

Bonussystem (zusätzliche prämiensfreie Rente)

Bei Rentenbezug stehen folgende Systeme zur Wahl:

P = Überschussrente Progress Plus

S = Überschussrente steigend

Bei aufgeschobenen Leibrentenversicherungen (Tarif 810, 800/890) braucht das Überschussverwendungs-System (P, S) erst kurz vor Rentenbeginn festgelegt zu werden. Deshalb entfällt die Festlegung bei Antragstellung und die Dokumentierung im Versicherungsschein. Änderungen bleiben vorbehalten.

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung:

Prämienbefreiung: Prämienverrechnung

Berufsunfähigkeitsrente: Prämienverrechnung

3 Karenzzeit

Ein erstmaliger Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) entsteht mit dem Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit und nach Ablauf der vereinbarten leistungsfreien Kalendermonate (Karenzzeit).

Endet die Berufsunfähigkeit und tritt erneut Berufsunfähigkeit von mindestens 6 Monaten aufgrund derselben Ursache(n) ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzmonate angerechnet.

4 Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer bezeichnet den Zeitraum ab Versicherungsbeginn, ab dem Prämien berechnet werden. Sie bestimmt den Endtermin, bis zu dem ein Versicherungsfall spätestens eintreten muss, damit ein Leistungsanspruch entstehen kann.

5 Leistungsdauer

Die Leistungsdauer beschreibt den Zeitraum, für den aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung Leistungen längstens erbracht werden können. Eine vereinbarte Karenzzeit mindert die Leistungsdauer.

6 Dynamik

Eine Erhöhung des Versicherungsumfangs erfolgt zum Beginn jedes Versicherungsjahrs, erstmals ab dem nächsten auf den Vertragsabschluss folgenden Versicherungsjahr (frühestens 2 Kalendermonate nach der Erstellung des Versicherungsscheins) und letztmals zur letzten Hauptfälligkeit. Der Umfang der Erhöhung errechnet sich aus der Erhöhungsprämie und dem dann erreichten Eintrittsalter.

Es werden bei

- **Volldynamik** die Versicherungssummen der Haupt- und Zusatzversicherungen,
- **Teildynamik** nur die Versicherungssummen der Hauptversicherung und ggf. der Versicherungsumfang der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Prämienbefreiung,

Die Erhöhung der Prämie erfolgt bei

- **Form A** im selben Verhältnis, in dem der Höchstbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung in den alten Bundesländern gestiegen ist, jedoch mindestens um 5% und höchstens um 10%,
- **Form B** um einen festen Prozentsatz, der zwischen 5% und 10% festgelegt werden kann,
- **Form C** um denselben Betrag, um den der Höchstbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung in den alten Bundesländern gestiegen ist (100%), oder auch um 50% oder 33,33% dieses Betrags.

7 Zzt. zu zahlende Prämie

Die Inkassoprämie ist die um Vergünstigungen und/oder verrechnete Überschussanteile (s. Hinweise bei Nr. 2) verminderte Tarifprämie. Bei Wegfall der Voraussetzungen für die Vergünstigungen oder Verringerung der Überschussanteile erhöht sich die zzt. zu zahlende Prämie. Bei nicht rechtzeitiger Prämienzahlung kann ein Zinsausgleich gefordert werden.

8 BMI (Body Mass Index)

Der BMI beschreibt das Verhältnis von Körpergewicht zu Körpergröße. Der BMI errechnet sich aus Gewicht (in kg) zur Körpergröße (in m) im Quadrat.

Erklärung des versorgungsberechtigten Mitarbeiters

Mir ist bekannt, dass es sich bei der Swiss Life Unterstützungskasse e.V. um eine Versorgungseinrichtung handelt, die auf Leistungen keinen Rechtsanspruch gewährt (Unterstützungskasse) und für die die besonderen Bestimmungen des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung in jeweils aktueller Fassung gelten.

Es ist mir ferner bekannt, dass mir auch durch wiederholte oder regelmäßig laufende Leistungen weder ein Anspruch gegen die Unterstützungskasse noch gegen deren Vorstand erwächst. Mit dieser Regelung erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Leistungsansprüche werde ich daher auch im Falle eventueller Leistungseinstellungen oder -kürzungen nur gegenüber meinem Arbeitgeber geltend machen.

Mir ist bekannt, dass die Unterstützungskasse zur Finanzierung ihrer Leistungen Rückdeckungsversicherungen auf das Leben der künftigen Leistungsempfänger abschließt. Ich verpflichte mich, die von der Versicherungsgesellschaft für den Versicherungsabschluss erforderlichen Auskünfte zu erteilen und mich einer evtl. als notwendig erachteten ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Mit dem Inhalt des Leistungsplans erkläre ich mich einverstanden.

Kein Rechtsanspruch

Unterstützungskassen sind von der Versicherungsaufsicht befreit und dürfen ihren Leistungsempfängern nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz keinen Rechtsanspruch gewähren. Die Versorgungsberechtigten sind hierdurch allerdings nicht benachteiligt:

Sie haben zwar keinen Rechtsanspruch gegenüber der Unterstützungskasse, aus dem arbeitsrechtlichen Grundverhältnis (z. B. Arbeits- oder Dienstvertrag) besitzen sie jedoch einen Rechtsanspruch in jedem Fall gegenüber dem Arbeitgeber. Bleiben die Zahlungen aus, ist der Arbeitgeber verpflichtet, die zugesagte Altersversorgung sicherzustellen.

Auch bei Insolvenz des Arbeitgebers besteht für gesetzlich unverfallbare Ansprüche und laufende Renten eine Absicherung durch den Pensionssicherungsverein aG in Köln nach gesetzlichen Regelungen. Der Arbeitgeber entrichtet hierfür Beiträge.

Dieser Fragebogen ergänzt die im Antragsformular zu machenden Gesundheitsangaben
Bitte ausfüllen und dem Antrag beifügen!



FRAGEBOGEN: ALLERGIE/ASTHMA

Versicherungsnehmer Antrag vom
(sofern vorhanden)

versicherte Person Versicherung Nr.
(sofern vorhanden)

1. Bestehen Allergien?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Pollen (Gräser, Getreide, Bäume)
- Tiere
welche
- Insektengift (Bienen/Wespen)
- Hausstaubmilben
- Nahrungsmittel/Gewürze
welche
- Medikamente
welche
- andere (z.B. Metalle, Kosmetika, Chemikalien)
- nein

2. Welche Beschwerden/Symptome liegen/ lagen vor? (Mehrfachnennungen möglich)

- (Heu-)Schnupfen/Fließschnupfen
- Augenjucken/Bindehautentzündung
- Hautreaktionen (Ausschlag, Juckreiz, Nesselsucht, Ekzem)*
- Irritationen im Rachenraum
- Atembeschwerden
- Asthma bronchiale
- chronische Bronchitis
- andere
-

* falls Hautreaktionen vorliegen, bitte den Fragebogen „Hauterkrankungen“ zusätzlich ausfüllen

3. Bei welchen Gelegenheiten treten/traten die Beschwerden auf?

- während der Berufsausübung
- bei körperlicher Anstrengung
- nur saisonal bei Pollenflug
- bei (Haut-)Kontakt mit gewissen Stoffen
- andere
-

Bei Auftreten von Atembeschwerden, Bronchitis oder Asthma beantworten Sie bitte zusätzlich folgende Fragen:

Ansonsten weiter mit Frage 4

Wie oft haben Sie Atembeschwerden bzw. Asthmaanfälle?

- weniger als 2 x wöchentlich
- mehr als 2 x wöchentlich
- nur saisonal

Haben Sie auch nachts Atembeschwerden?

- ja, mehr als 2 x wöchentlich
- ja, weniger als 2 x wöchentlich
- nein

War in den letzten 2 Jahren eine Therapie mit Kortison in Tablettenform erforderlich?

- ja; zuletzt
- nein

Bestehen andere chronische Lungenerkrankungen? (z.B. chronische Bronchitis, Lungenemphysem)

- ja;
- nein

4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

5. Sind Sie völlig beschwerdefrei?

- ja; seit
- nein; welche Beschwerden bestehen noch?

FRAGEBOGEN: ALLERGIE/ASTHMA

versicherte Person

Versicherung Nr.

(sofern vorhanden)

6. Benötigen/benötigten Sie Medikamente? (Salben, Spray, Tropfen, Tabletten)

ja, ständig

ja, bei Bedarf

ja, bis

Name des Präparates:

nein

7. Wurde eine Krankenhaus- oder Kurbehandlung durchgeführt, angeraten oder ist eine geplant?

ja; von

bis

von

bis

nein

8. Rauchen Sie?

ja; Zigaretten pro Tag

nein

9. Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden länger als eine Woche ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen?

ja; von

bis

von

bis

nein

10. Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden einen Wechsel Ihres Berufs oder Ihrer Tätigkeit vorgenommen oder wurde dies ärztlicherseits empfohlen?

ja; wann und weshalb

nein

11. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

ja

nein; Einschränkungen

12. Besteht ein anerkannter Grad der Behinderung (GdB)?

ja;

% GdB

nein

13. Welchen Arzt/Behandler nehmen/nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch? (Name und vollständige Adresse)

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.

Wir weisen Sie darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn Sie uns falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhafte Verletzung dieser Pflichten kann für Sie als Versicherungsnehmer oder die versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, nämlich z. B. Verlust des Versicherungsschutzes, Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu den Hinweistext auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG, wie im Antrag beschrieben.

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. der gesetzl. Vertreter

X

Unterschrift der versicherten Person, bei Minderjährigen zusätzlich der gesetzlichen Vertreter

Dieser Fragebogen ergänzt die im Antragsformular zu machenden Angaben.
Bitte ausfüllen und dem Antrag beifügen!



FRAGEBOGEN: Tauchen (Hobby)

Versicherungsnehmer Antrag vom
(sofern vorhanden)

versicherte Person Versicherung Nr.
(sofern vorhanden)

1. Welche Tauchsportaktivitäten üben Sie aus?

- Tauchen mit Atemgerät (Pressluft)
- Tauchen mit Gemisch-Atemgerät z.B. Nitrox (EAN), Heliox, Trimix
- Apnoetauchen (freies Tauchen ohne Atemgerät)
- Eistauchen
- Höhlentauchen
- Nachttauchen
- Rebreathertauchen
- Rettungstauchen
- Strömungstauchen im Meer
- Strömungstauchen in Flüssen und/oder Bächen
- Wracktauchen (mit Eintauchen ins Wrackinnere)

2. Sind Sie als Tauchlehrer oder Tauchtrainer tätig?

- ja wenn ja, hauptberuflich
 nebenberuflich
- Stunden pro Woche
- nein

3. Welche Tauchausbildungen haben Sie absolviert? (Grundausbildung und Weiterbildungen wie z. B. Nitrox)

4. Wie tauchen Sie?

- alleine
- paarweise
- in Gruppen

5. Wie häufig tauchen Sie?

Anzahl der Tauchgänge im vergangenen Jahr

Anzahl der Tauchgänge im laufenden Jahr

Anzahl der geplanten Tauchgänge in den kommenden 12 Monaten

6. Wie tief tauchen Sie maximal?

Meter

7. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten andere/neue Tauchsportaktivitäten auszuüben, die Sie bisher noch nicht betrieben haben?

- ja
- nein

Wenn ja, welche?

8. Bitte geben Sie sonstige Details/Besonderheiten zu Ihren Tauchaktivitäten an, nach denen bisher nicht gefragt wurde.

FRAGEBOGEN: Tauchen (Hobby)

versicherte Person

Versicherung Nr.

(sofern vorhanden)

9. Werden wegen des Tauchens bei Ihnen regelmäßige Tauchsportärztliche Untersuchungen durchgeführt? Bitte geben Sie die Ergebnisse an.

Wir weisen Sie darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn Sie uns falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhafte Verletzung dieser Pflichten kann für Sie als Versicherungsnehmer oder die versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, nämlich z. B. Verlust des Versicherungsschutzes, Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu den Hinweistext auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG, wie im Antrag beschrieben.

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. der gesetzl. Vertreter

X

Unterschrift der versicherten Person, bei Minderjährigen zusätzlich der gesetzlichen Vertreter

Falls Sie eine Frage nach Krankheiten, Störungen, Beschwerden der Psyche mit „JA“ beantwortet haben, bitte diesen Fragebogen ausfüllen und dem Antrag beifügen



SwissLife

FRAGEBOGEN: PSYCHE

Versicherungsnehmer Antrag vom
(sofern vorhanden)

versicherte Person Versicherung Nr.
(sofern vorhanden)

1. Welche Beschwerden/Erkrankungen liegen/lagen vor? (Mehrfachnennungen möglich)

- Verstimmung
- Erschöpfung/Müdigkeit
- Niedergeschlagenheit
- Anpassungsstörung
- Angststörung
- Persönlichkeitsstörung
- Zwangsstörung
- Depressionen
- sonstige

2. Wie lautete die genaue Diagnose des behandelnden Arztes?

3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

4. Wie oft treten/traten die Beschwerden auf?

- einmalig
- mehrmalig/schubweise
wann
wie oft
in welchen Abständen
wann zuletzt
- ständig

5. Welche Ursachen liegen/lagen den Beschwerden bzw. der Erkrankung zugrunde?

- Überlastung/Stress
- traumatisches Ereignis (z. B. Todesfall in der Familie)
- Mobbing

(Fortsetzung Frage 5)

- Folgen einer anderen Erkrankung
welche
- unbekannt
- sonstige

6. Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

- keine
- ambulante Behandlung bei
 - Hausarzt
 - Facharzt
 - Psychologe/Psychotherapeut
- stationärer Aufenthalt
wann
wo
- Medikamente:
welche
wie oft ständig bei Bedarf
- Gesprächstherapie
von bis
von bis
wo

(Name und vollständige Adresse des Arztes)
- sonstige

7. Nehmen sie derzeit Medikamente ein?

- ja; welche
(Medikamentennamen)
Dosierung
- nein; seit

FRAGEBOGEN: PSYCHE

versicherte Person _____

Versicherung Nr. _____
(sofern vorhanden)

8. Ist die Behandlung abgeschlossen?

ja; seit _____

nein; weitere Behandlungen _____

(auch geplante oder angeratene)

9. Sind Sie völlig beschwerdefrei?

ja; seit _____

nein; welche Beschwerden bestehen noch?
wie häufig? wann?

10. Bestehen/bestanden Konfliktsituationen im Privat- oder Berufsleben? (z. B. Belastung wegen Trennung, Arbeitsplatzwechsel, Prüfungsstress, Schulangst, Geschäftsaufgabe)

ja; wann _____

welche _____

nein

11. Waren Sie wegen dieser Beschwerden arbeitsunfähig?

ja; von _____ bis _____

von _____ bis _____

nein

12. Können/konnten Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

ja

nein; Einschränkungen _____

13. Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?

ja; wann _____

weshalb _____

womit _____

nein

14. Nahmen/nehmen Sie Drogen oder Betäubungsmittel?

ja; wann _____

welche _____

nein

15. Bestand/besteht eine Alkoholkrankheit?

ja; von _____ bis _____

Entziehungskur ja nein

von _____ bis _____

nein

16. Gab/gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen (z. B. Psychosen, Depressionen, Gemütsleiden)

ja; welche _____

nein

unbekannt

17. Welchen Arzt/Behandler nehmen/nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch? (Name und vollständige Adresse)

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme

FRAGEBOGEN: PSYCHE

versicherte Person

Versicherung Nr.

(sofern vorhanden)

Wir weisen Sie darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn Sie uns falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhafte Verletzung dieser Pflichten kann für Sie als Versicherungsnehmer oder die versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, nämlich z. B. Verlust des Versicherungsschutzes, Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu den Hinweistext auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG, wie im Antrag beschrieben.

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. der gesetzl. Vertreter

X

Unterschrift der versicherten Person, bei Minderjährigen zusätzlich der gesetzlichen Vertreter

Dieser Fragebogen ergänzt die im Antragsformular zu machenden Angaben.
Bitte ausfüllen und dem Antrag beifügen!



FRAGEBOGEN: WIRBELSÄULE

Versicherungsnehmer Antrag vom
(sofern vorhanden)

versicherte Person Versicherung Nr.
(sofern vorhanden)

1. Üben Sie eine wirbelsäulenbelastende Tätigkeit aus?

(z.B. Zwangshaltungen, Autofahren, Heben, Tragen, Bücken, Kälteexposition, Erschütterungen)

ja nein

2. Wurden die Beschwerden orthopädisch bzw. mittels Röntgen, Kernspin- oder Computertomographie abgeklärt?

ja nein

3. Welche Beschwerden/Erkrankungen der Wirbelsäule liegen vor? Wurde eine der folgenden Diagnosen gestellt?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall/-prolaps | <input type="checkbox"/> Verspannung/Myogelosen |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenabnutzung/Arthrose | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorwölbung |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenoperation | <input type="checkbox"/> Hexenschuss/Lumbalgie |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverletzung | <input type="checkbox"/> Blockierungen |
| <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten (Spondylolisthesis) | <input type="checkbox"/> Ischialgie |
| <input type="checkbox"/> Fehlstellungen der Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> HWS-/BWS-/LWS-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> (Skoliose/Kyphose/Lordose) | |
| <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann | |
| <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/> | |

Wurde jemals ein Grad der Behinderung wegen Wirbelsäulenbeschwerden (GdB) beantragt?

ja nein

Waren stationäre Behandlungen (z.B. Operationen, Kuraufenthalte) erforderlich oder sind diese geplant?

ja, welche: nein

wann:

4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

FRAGEBOGEN: WIRBELSÄULE

versicherte Person

Versicherung Nr.

(sofern vorhanden)

5. Wie oft treten/traten Beschwerden auf bzw. waren Sie deswegen in Behandlungen?

keine Beschwerden/keine Behandlungen

einmalig; wann

mehrmalig; wann zuletzt

dauernd/chronisch

6. Wurden Sie aufgrund dieser Beschwerden innerhalb der letzten 3 Jahre krank geschrieben?

ja; insgesamt weniger als 5 Tage

Zeitpunkt

ja; insgesamt mehr als 5 Tage

Zeitpunkt

nein

7. Sind Sie völlig beschwerdefrei und benötigen keinerlei Behandlungen?

ja, seit:

nein

8. Haben Sie aufgrund Ihrer Beschwerden einen Berufswechsel vorgenommen bzw. wurde dies empfohlen?

ja; Zeitpunkt

nein

9. Welchen Arzt/Behandler nehmen/nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?

(Name und vollständige Adresse)

Wir weisen Sie darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn Sie uns falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für Sie als Versicherungsnehmer oder die versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, nämlich z. B. Verlust des Versicherungsschutzes, Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu den Hinweistext auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG, wie im Antrag beschrieben.

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. der gesetzl. Vertreter

X

Unterschrift der versicherten Person, bei Minderjährigen zusätzlich der gesetzlichen Vertreter

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.