Bitte **direkt** schicken an:
Swiss Life AG,
Niederlassung für Deutschland
Berliner Straße 85, 80805 München

SwissLife

Swiss Life Berufsunfähigkeitsversicherung

bei der Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, „Swiss Life“ genannt

Berufsunfähigkeitsversicherung
Versicherung gegen die finanziellen Folgen der Berufsunfähigkeit mit Prämienbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit

Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung
Beitragsorientierte Leistungszusage
Direktversicherung gegen die finanziellen Folgen der Berufsunfähigkeit mit Prämienbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit

Dynamik Laufende Erhöhung der Prämien und – daraus berechnet – der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Zusätzliche Hinweise zu den Tarifen finden Sie in der Schlusserklärung und in den „Ergänzenden Informationen“.

Swiss Life Top-BUZ- Versicherer

Seit 1894 bietet Swiss Life die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) an – als einer der ersten deutschen Lebensversicherer überhaupt.

Die kundenfreundlichen Bedingungen sind mehrfach ausgezeichnet – ein Ergebnis unserer langjährigen Erfahrung.

Franke Bornberg
Bedingungen | BU erweitert
HERVORRAGEND
Swiss Life Deutschland
BUV
FFF PLUS
Berufsunfähigkeit Klassik
Produkt: 09/2010 Rating: 01/2011

Franke Bornberg
Unternehmensqualität
HERVORRAGEND
Unternehmensqualität als BU-Versicherer
Swiss Life Deutschland
FFF
Rating: 01/2011

★★★★★ AUSGEZEICHNET
M&M RATING
Berufsunfähigkeit
Gesamt-Rating
MORGEN & MORGEN
Swiss Life Deutschland
SBU BG 1 – 3 Stand: 03/2011
ID: 11042

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565
Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Klaus G. Leyh
Berliner Straße 85 · 80805 München
Telefon 089/38109-0 · Fax 089/38109-4405
www.swisslife.de

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

Bayerische Landesbank München
Konto-Nr. 36545
BLZ 70050000

IBAN DE24700500000000036545
BIC BYLADEMMXXX

3806/1.2012 PDF – td0683-2

Eingangsstempel

GP-Name		Aktionskennz.
VVR-Nr.	– –	–
FD	Vermittler-Nr.	–

☐ Antrag auf Abschluss (Antragsmodell)

☐ Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots (Invitatiomodell)

Berufsunfähigkeitsversicherung bei der Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland

I. Am Vertrag beteiligte Personen

☒ **Versicherungsnehmer/in** Antragsteller/in ☐ **zugleich zu versichernde Person** ☐ **zugleich Prämienzahler/in**

Herr ☐ Frau ☐ Firma ☐ Titel

Name, Vorname bzw. bei Firmenversicherung Name der Firma als Versicherungsnehmer/in

Straße, Hausnummer

Staatsangehörigkeit

Postleitzahl

Wohnort (Erstwohnsitz muss in Deutschland sein)

ausgeübte Tätigkeit

selbstständig ☐ ja ☐ nein

Geburtsort

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)[1]

Branche bzw. Studiengang und Semester

Geburtsname

Telefon (Angabe freiwillig)[2]

E-Mail-Adresse/Internet-Adresse (Angabe freiwillig)[2]

☐ **Zu versichernde Person** wenn nicht Versicherungsnehmer/in (immer auszufüllen bei Firmenversicherung)

Herr ☐ Frau ☐ Titel

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Staatsangehörigkeit

Postleitzahl

Wohnort

ausgeübte Tätigkeit

selbstständig ☐ ja ☐ nein

Geburtsort

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)[1]

Branche bzw. Studiengang und Semester

II. Prämienzahler/in wenn nicht Versicherungsnehmer/in

Herr ☐ Frau ☐ Titel

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Einzugsermächtigung bis auf Widerruf für folgendes Konto in Deutschland

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Geldinstitut

III. Angaben zum Geldwäschegesetz[3] (entfällt bei Direktversicherung, bei Rückdeckungsversicherung bitte das Formular 1613bAV ausfüllen und beifügen)

Identifizierung des Versicherungsnehmers (entfällt bei Erteilung der Einzugsermächtigung vom Konto des Versicherungsnehmers)

Persönliche Identifizierung des Versicherungsnehmers (natürliche Person) erforderlich durch

☐ Personalausweis ☐ Reisepass Nr.

ausstellende Behörde, gültig bis

Der Versicherungsnehmer ist wirtschaftlich Berechtigter.
Falls nein, wirtschaftlich Berechtigter ist:

☐ versicherte Person ☐ Prämienzahler ☐ unwiderruflich Bezugsberechtigter (bitte Anschrift angeben) ☐ Firma/juristische Person (bitte Formular 1613 ausfüllen) ☐ folgende natürliche Person:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

IV. Firmenversicherung

Eintritt in die Firma (TT.MM.JJJJ)

☐ Direktversicherung arbeitgeberfinanziert mit **eingeschränkt** unwiderruflichem Bezugsrecht (gesetzliche Unverfallbarkeit) – BV 11 und BV 12

☐ Direktversicherung arbeitgeberfinanziert mit **uneingeschränkt** unwiderruflichem Bezugsrecht (sofortige Unverfallbarkeit) – BV 11 und BV 13

☐ Direktversicherung aus Entgeltumwandlung mit **uneingeschränkt** unwiderruflichem Bezugsrecht (sofortige Unverfallbarkeit) – BV 11 und BV 13

☐ **Rückdeckungsversicherung**
Bezugsberechtigt im Erlebens- und Todesfall ist der Versicherungsnehmer

Es gelten die gesetzlichen Regelungen zur betrieblichen Altersversorgung (z.B. Unverfallbarkeit, eingeschränkte Verfügungsmöglichkeiten, Steuervorteile) sowie bei der Direktversicherung die besonderen Vereinbarungen der zusätzlichen Schlusserklärung (siehe Seite 7). Eine arbeitsrechtliche Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer ist notwendig.

V. Bezugsberechtigte (nicht ausfüllen bei Firmenversicherung – es gilt das Bezugsrecht gemäß IV.) falls Rangfolge gewünscht, bitte zusätzlich vermerken

A. Für die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung im Erlebensfall ist die nachfolgend namentlich bezeichnete Person (Name, Vorname, Geb.-Datum) bezugsberechtigt:

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Sofern Sie an dieser Stelle kein Bezugsrecht festlegen, gilt der Versicherungsnehmer als bezugsberechtigt für die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

B. Für die Todesfall-Leistung ist die nachfolgend namentlich bezeichnete Person (Name, Vorname, Geb.-Datum) bezugsberechtigt:

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Sofern Sie an dieser Stelle kein Bezugsrecht festlegen, gilt der Ehepartner, mit dem der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls verheiratet war, als bezugsberechtigt für die Todesfall-Leistungen.

[1–3] = Ergänzende Informationen siehe Seite 8

VI. Technische Daten der Berufsunfähigkeitsversicherung

☐ siehe beigefügten, unterschriebenen Vorschlag vom __ __ ____

Versicherungsbeginn: 01. . 201

Versicherungsdauer[4]: ____ **Jahre** ____ **Monate**

Leistungsdauer[5]: ____ **Jahre** ____ **Monate**

bei Stufentarif[6]: Dauer der 1. Stufe ____ **Jahre** (3, 4 oder 5)

Kein rückwirkender Versicherungsschutz. Bei Firmenversicherung muss die Versicherungs- und Leistungsdauer mindestens bis zum Alter 62 vereinbart werden.

Nachversicherungsgarantie[7]

Die Nachversicherungsgarantie ist automatisch eingeschlossen, wenn die Summe aller bei Swiss Life beantragten und bestehenden BU-Renten inkl. Bonus und Erhöhungen weniger als 2.500 Euro betragen. Mit dieser Nachversicherungsgarantie können Sie die beantragte BU-Rente um 100% der Anfangsrente, jedoch max. auf 2.500 Euro BU-Rente, erhöhen.
Sie können die Grenze von 2.500 Euro auf max. 4.000 Euro BU-Rente anheben. Hierbei darf die Summe aller beantragten und bestehenden BU-Renten inkl. Bonus und Erhöhungen bei Swiss Life max. 4.000 Euro betragen. **Für diese Anhebung ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich.**

☐ Ja, Einschluss der Nachversicherungsgarantie **mit ärztlicher Untersuchung** erwünscht

Tarif: 9 4 3

Karenzzeit[8]: ____ (0, 3 oder 6 Monate)

garantierte Rentensteigerung[9]: ____ % (0, 1, 2 oder 3%)

Leistungsregelung: Pauschalregelung (50%) ☐ abweichend: Staffelregelung (25–75%)

Überschuss-System[10]: ☐ Prämienverrechnung (R) ☐ Bonus (T)
Direktversicherung: immer Bonus (T)

Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente)

garantierte BU-Rente **pro Monat**: ____ , ____ €

garantierte BU-Rente **pro Jahr**: ____ , ____ €

Die Zahlung der BU-Renten erfolgt monatlich.

Für den Todesfall ist eine Leistung in Höhe einer garantierten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente versichert.

Dynamik[11]

☐ ja ☐ nein

Form: ☐ (B, O, P)

jährliche Steigerung der Prämie 3–5%: ____ % (bei Form B)

Bei Direktversicherung ist ausschließlich Form O oder P möglich. Bei Privatvertrag und Rückdeckungsversicherung ist ausschließlich Form B möglich.

Prämie[12]

monatlich abweichend: ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 1/1

Tarifprämie: ____ , ____ €

zzt. zu zahlende Prämie: ____ , ____ €

bei Stufentarif: Tarifprämie der Prämienstufe 2: ____ , ____ €

bei Stufentarif: zzt. zu zahlende Prämie der Prämienstufe 2: ____ , ____ €

bei Stufentarif: Anfangsprämie (Tarifprämie)

bei Stufentarif: Anfangsprämie (zzt. zu zahlende Prämie)

VII. Besondere Risikofragen 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 (Invitatiomodell). 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

Zutreffendes bitte ergänzen bzw. ankreuzen

1. Üben Sie Ihre aktuelle berufliche Tätigkeit ununterbrochen seit mindestens 3 Jahren aus (ohne Ausbildungs-/Anlernzeit)? ☐ ja ☐ nein
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	€	✗
	Summe der Jahresrenten:	€	

[4–12] = Ergänzende Informationen siehe Seite 8

VIII. 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 (Invitatiomodell). 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 prädiktiven Gentests abhängig. Unter einem „prädiktiven Gentest" versteht man die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf bestimmte Krankheitsveranlagungen. Liegen bereits Befunde aus prädiktiven 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)

Zutreffendes bitte ergänzen bzw. ankreuzen

2. Vorversicherungen bzw. weitere Anträge bei Swiss Life — ☐ 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, Rennfahren, 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. ☐ beruflich ☐ privat — ☐ 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 ausfüllen[13]
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 — links ☐ rechts ☐
   andere (z.B. Sehstörung, Astigmatismus, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star)? — ☐ ja ☐ nein
   n) der **Ohren** (z.B. Tinnitus, verminderes 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. Engegefühl 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.swisslife.de oder EVA-Druckstücke – Suchbegriff „Fragebogen"). Dies beschleunigt die Antragsbearbeitung und erspart Rückfragen.

[13] = Ergänzende Informationen siehe Seite 8

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)

IX. 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 Auskunftsersuchen 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.

X. Empfangsbestätigung (bitte nur bei Antragsmodell unterschreiben)

Hiermit bestätige ich, die Vertragsbestimmungen gemäß des Ausdrucks „Übersicht der Vertragsbestimmungen" vor Antragstellung erhalten zu haben, insbesondere das Produktinformationsblatt, die vorvertraglichen Informationen sowie die Versicherungsbedingungen.

Datum _____ Versicherungsnehmer/in _____ bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift und Anschrift der gesetzlichen Vertreter _____

XI. Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Folgeseite die verbindliche „Schlusserklärung von Versicherungsnehmer/in und der zu versichernden Person" sowie ggf. die „Zusätzliche Schlusserklärung zur Direktversicherung". Diese Erklärung enthält u.a. Informationen zu den **Regeln der Kostenverrechnung, insbesondere des Vertragsabschlusses (E.)** und zum **Widerrufsrecht (B.)**. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die **Schlusserklärung 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. Beachten Sie zusätzlich die „Ergänzenden Informationen", die zu diesem Vertrag gehören.**

☐ Für den Fall, dass mich/uns ein Versicherungsmakler beraten hat, bevollmächtige/n ich/wir den Versicherungsmakler, die Vertragsbestimmungen und Informationen nach § 7 Abs. 1 VVG und §§ 1–4 VVG-InfoV mit Wirkung für mich entgegenzunehmen.

Ort _____ Datum _____

zu versichernde Person _____ Versicherungsnehmer/in, Firmenstempel* _____

bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift und Anschrift der gesetzlichen Vertreter _____

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Versicherungsnehmer/in) _____

* bei Firma ist der Firmenstempel zwingend erforderlich (ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma)

Der Antrag wurde **unverändert** nach den Angaben des Kunden zu den Risikofragen von mir persönlich ausgefüllt. ☐

Die Risikofragen hat der Kunde selbst gelesen und ausgefüllt. ☐

Der Antrag ist in meiner Gegenwart unterschrieben worden. ☐

Anlagen:

Anzahl Fragebögen ☐

Anzahl sonstige ☐

Welche? _____

Ich bestätige zusätzlich die Richtigkeit der Angaben zum Geldwäschegesetz.

Vermittler/in _____

Police: ☐ direkt an VN ☐ direkt an Vermittler/in ☐ direkt an FD

Kopie: ☐ an VN ☐ an Vermittler/in ☐ an FD

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).

Schlusserklärung von Versicherungsnehmer/in und der zu versichernden Person (bitte sorgfältig lesen)

A. Verantwortlichkeit für den Antrag

Die Angaben zu den Antragsfragen und zum Erstwohnsitz sind nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig. Falsche oder unvollständige Angaben können schwerwiegende Folgen haben. Bitte beachten Sie die Informationen im Gesonderten Hinweis auf die Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung. Die Fragen im Antrag habe ich selbst beantwortet bzw. wurden nach meinen Angaben durch die Vermittler ausgefüllt. Nebenabreden sind zwingend auf dem Antrag zu vermerken.

B. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach §7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetz in Verbindung mit den §§1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Swiss Life AG
Niederlassung für Deutschland
Berliner Straße 85
80805 München
Fax: 089/38109-4405
E-Mail: info@swisslife.de

Die Widerrufsbelehrung erfolgt im Versicherungsschein.

C. Antragsdurchschrift

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

D. Versicherungsbedingungen

Es gilt deutsches Recht. **Der vorläufige Versicherungsschutz ist befristet** und wird im Rahmen der bei Swiss Life hierzu geltenden Bedingungen gewährt; Voraussetzung ist u.a., dass der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt. Haben Sie einen Antrag auf Abschluss eines Lebensversicherungsvertrags gestellt, werden die Versicherungsbedingungen und Produktinformationen bei Antragstellung ausgehändigt. Haben Sie einen Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots gestellt, werden die Versicherungsbedingungen und Produktinformationen zusammen mit dem Versicherungsangebot übersandt.

E. Kostenverrechnung

Die Verrechnung der Kosten nach den Regeln der Versicherungsmathematik (Zillmerung), insbesondere für den Abschluss, erfolgt aus den Prämien der ersten Jahre.

F. Rückvergütung/Prämienfreistellung

Kündigung oder Prämienfreistellung in den ersten Jahren führen zu erheblichen **wirtschaftlichen Nachteilen**. Bei Kündigung fällt keine oder nur eine geringe Rückvergütung an. Gleiches gilt für die Bildung einer prämienfreien Summe.

G. Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes

Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

H. Zusätzliche Schlusserklärung zur Direktversicherung

Mit den nachfolgenden Besonderen Vereinbarungen erkläre ich mich einverstanden:

Bei der arbeitgeberfinanzierten Direktversicherung sieht der Gesetzgeber ein Mindestalter und eine Mindestzusagedauer vor, ab wann das Bezugsrecht auf die Versicherungsleistungen uneingeschränkt unwiderruflich wird. Bei der Direktversicherung aus Entgeltumwandlung hingegen ist das Bezugsrecht ab Beginn uneingeschränkt unwiderruflich. Das Bezugsrecht bezieht sich auch auf die Überschüsse. Die Todesfall-Leistung wird in Form eines zweckgebundenen Sterbegelds gezahlt. Das vereinbarte Sterbegeld ist in nachstehender Rangfolge zu zahlen an

a) den überlebenden Ehepartner bzw. den Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Todes verheiratet ist bzw. in Partnerschaft gelebt hat
b) die Kinder im Sinne des §32 Abs. 3 und 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Abs. 5 EStG zu gleichen Teilen
c) die in einer gesonderten schriftlichen Verfügung benannte, in einer eheähnlichen Gemeinschaft lebende Person oder
d) die für das Sterbegeld empfangsberechtigte Person, sofern die unter a) bis c) benannten Personen fehlen.

Die vorgenannten für den Todesfall begünstigten Hinterbliebenen haben einen widerruflichen Anspruch auf das Sterbegeld für den Fall des Todes der versicherten Person.

Wird der Versicherungsvertrag auf einen neuen Arbeitgeber übertragen, besteht für die bereits vorliegenden und sich hieraus entwickelnden Werte des Vertrags (weiterhin) ein unwiderrufliches Bezugsrecht der versicherten Person.

Scheidet die versicherte Person mit gesetzlich unverfallbarer Anwartschaft vorzeitig aus den Diensten des Arbeitgebers aus und kommt es zu keiner einvernehmlichen Übertragung gemäß §4 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG), so überlässt der Arbeitgeber der versicherten Person die Rechtstellung des Versicherungsnehmers. Das gilt bei eingeschränkt unwiderruflichem Bezugsrecht nur dann, wenn der Arbeitgeber die Anwendung des §2 Abs. 2 BetrAVG verlangt. Damit erwirbt die versicherte Person das Recht zur Fortsetzung der Versicherung mit eigenen Prämien. Swiss Life ist verpflichtet, die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung unter Anrechnung der bereits abgelaufenen Wartefrist zu der im Versicherungsschein genannten Prämie fortzusetzen, sofern dies innerhalb von 3 Monaten seit dem Ausscheiden der versicherten Person vom Arbeitgeber mitgeteilt wird. Eine vorzeitige Verfügung der versicherten Person über Rechte und Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag ist ausgeschlossen, soweit diese aus Beschäftigungsverhältnissen resultieren.

Macht die versicherte Person innerhalb eines Jahrs nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses vom Rechtsanspruch auf Übertragung gemäß §4 BetrAVG keinen Gebrauch, so wird die unverfallbare Anwartschaft im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten abgefunden (gemäß §3 Abs. 2 BetrAVG).

Wichtiger Hinweis!

Vermittler für Swiss Life sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben und Prämien anzunehmen. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen ist für den Kunden im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

Beschwerdestelle

Falls Sie eine Beschwerde haben sollten, stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Wir werden alles tun, um Sie zufrieden zu stellen. Sollte uns dies nicht gelingen, können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Daneben ist Swiss Life Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit ist ein besonderer Service eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei:
Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin,
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Sicherungsfonds

Swiss Life ist Mitglied im Sicherungsfonds.

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 Leistungsfalleinschätzung 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 personenbezogen 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.

Ergänzende Informationen

Die nachstehenden Hinweise sind allgemeiner Art. Verbindlich ist der Inhalt des Versicherungsscheins.

[1] Eintrittsalter

Die Kalkulation des Vertrags beruht auf dem versicherungstechnischen Eintrittsalter der versicherten Person. Dieses kann vom tatsächlichen Lebensalter abweichen, da für die Berechnung der Geburtstag maßgebend ist, der dem technischen (d.h. dem beantragten) Versicherungsbeginn näher liegt. D.h., wir legen das nächst höhere Lebensalter zugrunde, wenn der technische Versicherungsbeginn mindestens 6 Monate nach dem letzten Geburtstag der versicherten Person liegt.

[2] 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".

[3] Angaben gemäß Geldwäschegesetz (GwG)

Versicherungsunternehmen sind nach dem GwG verpflichtet, den Vertragspartner vor Vertragsabschluss zu identifizieren sowie abzuklären, ob dieser für einen wirtschaftlich Berechtigten handelt.

Bei der Identifizierung des Versicherungsnehmers sind die Nummer des Personalausweises bzw. Reisepasses sowie die ausstellende Behörde und die Gültigkeit zu erheben. Ist der Antragsteller eine nicht börsennotierte juristische Person oder eine Personengesellschaft, sind Name, Rechtsform, Handelsregisternummer, Anschrift des Sitzes und Namen der Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter zu erheben. Verwenden Sie hierzu ggf. das Formular 1613.

Die Identifizierung kann entfallen, wenn

- der Vertragspartner eine börsennotierte Gesellschaft ist,
- die jährlich zu zahlende Prämie 1.000 Euro nicht übersteigt und auch in Zukunft nicht übersteigen wird,
- die Einmalprämie nicht mehr als 2.500 Euro beträgt,
- es sich um einen Rürup-Vertrag bzw. eine Direktversicherung oder Pensionskasse handelt oder
- der Antragsteller selbst Verpflichteter i.S.d. GwG (z.B. Kreditinstitut) ist.

Vereinfachte Identifizierung: Von der Identifizierung kann abgesehen werden, wenn

- der Versicherungsnehmer gestattet hat, die Prämien im Wege des Lastschrifteinzugs von seinem Konto einzuziehen,
- bei Verträgen der betrieblichen Altersversorgung die Überweisung der Prämien von einem angegebenen Konto des Arbeitgebers erfolgt oder
- der Versicherungsnehmer bereits anhand eines amtlichen Ausweises für die Swiss Life identifiziert wurde und dieser Ausweis noch gültig ist. In diesem Fall muss die Vertragsnummer des Vorvertrags angegeben werden.

Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten:
Ist der Versicherungsnehmer nicht der wirtschaftlich Berechtigte, so sind Name und Vorname sowie die Adressdaten des wirtschaftlich Berechtigten festzuhalten.

Wirtschaftlich Berechtigter im Sinne des GwG ist die natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht, oder die natürliche Person, auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt oder eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird (§1 Abs. 6 GwG).

Die Angaben zum GwG müssen vom Vermittler durch seine Unterschrift auf dem Antrag bzw. dem Formular 1613 bestätigt werden.

[4] Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer bezeichnet den Zeitraum ab Versicherungsbeginn, bis zu dem ein Versicherungsfall spätestens eintreten muss, damit ein Leistungsanspruch entstehen kann.

[5] Leistungsdauer

Die Leistungsdauer beschreibt den Zeitraum ab Versicherungsbeginn, für den aus der Berufsunfähigkeitsversicherung – bei Eintritt des Versicherungsfalls – Leistungen längstens erbracht werden können. Eine vereinbarte Karenzzeit mindert die Leistungsdauer.

[6] Stufentarif

Der Stufentarif ist speziell für junge Leute zwischen 15 Jahren und 30 Jahren konzipiert. Bei diesem Tarif erhöht sich die Anfangsprämie (Prämienstufe 1) – je nach Vereinbarung – nach Ablauf des 3., 4. oder 5. vollen Versicherungsjahres (zuzügl. die Monate des Rumpfbeginnjahres) auf die Tarifprämie der Prämienstufe 2 bei unveränderten versicherten Leistungen.

[7] Nachversicherungsgarantie

Bei Heirat, Scheidung, Geburt oder Adoption eines Kindes, bei Darlehensaufnahme für die selbst genutzte Immobilie oder den gewerblichen Bereich, bei einem Karrieresprung sowie bei Reduzierung von Versorgungsansprüchen der gesetzlichen Rentenversicherung und vergleichbarer Versorgungssysteme können die versicherten Leistungen unabhängig voneinander ohne erneute Gesundheitsprüfung um insgesamt bis zu 100% der ursprünglichen Versicherungsleistungen erhöht werden, sofern die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 20 Jahre beträgt. Die bis zur Ausübung der Nachversicherungsgarantie durchgeführten Dynamikerhöhungen werden hierbei angerechnet.

Die Nachversicherungsgarantie bis 2.500 Euro ist automatisch eingeschlossen. Erhöhungen der BU-Rente erfolgen, sofern die Summe aller bei Swiss Life bestehenden BU-Renten inkl. Bonus nach der Erhöhung 2.500 Euro monatlich nicht übersteigt. Automatisch eingeschlossen ist ebenfalls die Erhöhung der Hauptversicherung, soweit keine ärztliche Untersuchung erforderlich ist (für beantragte und bestehende Todesfall-Leistungen bis max. 300.000 Euro).

Sofern Sie eine Erhöhung der monatlichen BU-Rente auf max. 4.000 Euro (Summe aller bei Swiss Life bestehenden BU-Renten inkl. Bonus nach der Erhöhung) wünschen, ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich. Gleiches gilt für beantragte und bestehende Todesfall-Leistungen über 300.000 Euro.

Die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie muss mindestens 100 Euro monatliche Rente bei Berufsunfähigkeit bzw. mindestens 5.000 Euro für den Todesfallschutz der Hauptversicherung betragen. Zum Erhöhungszeitpunkt findet eine wirtschaftliche Risikoprüfung und eine Einstufung mit dem dann ausgeübten Beruf statt. Einzelheiten stehen in den allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs. Bitte beachten Sie die steuerlichen Grenzen. Im Falle einer Direktversicherung kann die Nachversicherungsgarantie nur in den steuerlichen Begrenzungen des §3 Nr. 63 EStG ausgeübt werden.

[8] Karenzzeit

Ein erstmaliger Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung 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 Ursachen ein, so werden bereits zurückliegende Karenzmonate angerechnet.

[9] Garantierte Rentensteigerung

Sie können zusätzlich zur garantierten BU-Rente eine garantierte jährliche Rentensteigerung bei Berufsunfähigkeit vereinbaren. Die erste garantierte Erhöhung der Rente erfolgt zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt. Die Höhe der Rentensteigerung ergibt sich aus dem vereinbarten Steigerungssatz und der auf das Versicherungsjahr bezogenen garantierten Vorjahresrente.

[10] 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.

Berufsunfähigkeitsversicherung:
Vor Eintritt des Versicherungsfalls:
R = Prämienverrechnung
T = Bonus
Bei Firmendirektversicherungen wird eine Bonusrente gebildet.

Nach Eintritt des Versicherungsfalls werden Überschüsse zur Bildung einer zusätzlichen, prämienfreien und steigenden Berufsunfähigkeitsrente verwendet.

[11] Dynamik

Die Erhöhungen der Prämie und der Versicherungsleistungen – sofern vereinbart – erfolgen jährlich zu Beginn eines Versicherungsjahres. Die erste Erhöhung erfolgt erst zu Beginn des übernächsten Versicherungsjahres, falls der Versicherungsschein innerhalb der letzten 2 Kalendermonate vor Ablauf eines Versicherungsjahres erstellt wird oder der Vertrag mit einem Rumpfbeginnjahr beginnt. Beim Stufentarif erfolgt die erste Erhöhung erst nach Erreichen der 2. Stufe. **Der Umfang der Erhöhung errechnet sich aus der Erhöhungsprämie und u.a. dem dann erreichten Eintrittsalter.**

Die Erhöhung der Prämie erfolgt bei

- **Form B** um einen festen Prozentsatz, der zwischen 3 und 5% festgelegt werden kann,
- **Form O** im selben Verhältnis, in dem der Höchstbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung in den alten Bundesländern gestiegen ist, jedoch mindestens um 5 und höchstens um 10%. Die Prämienerhöhung erfolgt jedoch höchstens soweit, dass die durch die Erhöhung fällige Gesamtprämie 4% der dann gültigen Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung nicht überschreitet.
- **Form P:** im selben Verhältnis, in dem der Höchstbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung in den alten Bundesländern gestiegen ist, jedoch mindestens um 5 und höchstens um 10%. Die Prämienerhöhung erfolgt jedoch höchstens soweit, dass die durch die Erhöhung fällige Gesamtprämie die Summe aus 1.800 Euro und 4% der dann gültigen Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung nicht überschreitet.

Sofern eine BU-Rente vereinbart wurde, wird diese nach Ablauf von 2/3 der BU-Versicherungsdauer nicht mehr dynamisiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass eine weitere Dynamik wirtschaftlich angemessen ist, kann diese weitergeführt werden.

[12] Prämie

Die Inkassoprämie ist die um Vergünstigungen und/oder verrechnete Überschussanteile (s. Hinweise bei Nr. 10) verminderte Tarifprämie. Bei Wegfall der Voraussetzungen für die Vergünstigungen oder bei Verringerung der Überschussanteile erhöht sich die zzt. zu zahlende Prämie. Bei nicht rechtzeitiger Prämienzahlung kann ein Zinsausgleich gefordert werden.

[13] 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.

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

SwissLife

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?
  _____

Gerne per Fax an Swiss Life 089/38109-4776

2011-06

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!

SwissLife

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.

_____

_____

_____

Gerne per Fax an Swiss Life 089/38109-4776

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 09-44 05
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich · CH-020.5.901.324-6
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vorsitzender),
Gerold Bührer, 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 BYLA DE MM XXX

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 _____

Gerne per Fax an Swiss Life 089/38109-4776

2011-11

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 09-44 05
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich · CH-020.5.901.324-6
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vorsitzender),
Gerold Bührer, 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 BYLA DE MM XXX

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!

SwissLife

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)

☐ Bandscheibenvorfall/-prolaps
☐ Wirbelsäulenabnutzung/Arthrose
☐ Wirbelsäulenoperation
☐ Wirbelsäulenverletzung
☐ Wirbelgleiten (Spondylolisthesis)
☐ Fehlstellungen der Wirbelsäule
☐ (Skoliose/Kyphose/Lordose)
☐ Morbus Scheuermann
☐ andere _____

☐ Verspannung/Myogelosen
☐ Bandscheibenvorwölbung
☐ Hexenschuss/Lumbalgie
☐ Blockierungen
☐ Ischialgie
☐ HWS-/BWS-/LWS-Syndrom

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?

_____

Gerne per Fax an Swiss Life 089/38109-4776

2011-11

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 09-44 05
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich · CH-020.5.901.324-6
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vorsitzender),
Gerold Bührer, 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 BYLA DE MM XXX

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)

_____

_____

_____

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