

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



Swiss Life Berufsunfähigkeitsversicherung

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

Berufsunfähigkeitsversicherung

Swiss Life BU

Berufsunfähigkeitsversicherung gegen die finanziellen Folgen der Berufsunfähigkeit mit Beitragsbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit

Swiss Life BU care

Berufsunfähigkeitsversicherung gegen die finanziellen Folgen der Berufsunfähigkeit mit Beitragsbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit und mit lebenslanger Rente bei Pflegebedürftigkeit

Swiss Life BU 4U

Berufsunfähigkeitsversicherung gegen die finanziellen Folgen der Berufsunfähigkeit mit Beitragsbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit für junge Leute in Ausbildung

Swiss Life BU 4U care

Berufsunfähigkeitsversicherung gegen die finanziellen Folgen der Berufsunfähigkeit mit Beitragsbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit für junge Leute in Ausbildung mit lebenslanger Rente bei Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung

Swiss Life BU

Beitragsorientierte Leistungszusage

Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung gegen die finanziellen Folgen der Berufsunfähigkeit mit Beitragsbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit

Swiss Life BU care

Beitragsorientierte Leistungszusage

Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung gegen die finanziellen Folgen der Berufsunfähigkeit mit Beitragsbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit und mit lebenslanger Rente bei Pflegebedürftigkeit

Dynamik Laufende Erhöhung der Beiträge 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 AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565
Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Dr. Tilo Finck
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),
Wolf Becke, Gerold Bührer, Ueli Dietiker, Damir Filipovic,
Frank W. Keuper, Henry Peter, Peter Quadri, Frank
Schnewlin, Franziska Tschudi Sauber, Klaus Tschütscher

Bayerische Landesbank München
Konto 36545
BLZ 700 500 00
IBAN DE24700500000000036545
BIC BYLADE MM XXX
Gläubiger-ID DE20ZZZ0000042095

- Antrag auf Abschluss (Antragsmodell)**
 **Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots
(Invitationmodell)**

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

Berufsunfähigkeitsversicherung bei der Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland

I. Am Vertrag beteiligte Personen

<input checked="" type="checkbox"/> Versicherungsnehmer/in Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> zugleich zu versichernde Person	<input type="checkbox"/> zugleich Beitragszahler/in
Herr Frau Firma Titel	Name, Vorname bzw. bei Firmenversicherung Name der Firma als Versicherungsnehmer/in	1. Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer		weitere Staatsangehörigkeit(en)
Postleitzahl	Wohnort (Erstwohnsitz muss in Deutschland sein)	ausgeübt Tätigkeit
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> angestellt
Geburtsort	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) ¹	Branche bzw. Studiengang und Semester
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> selbstständig
Geburtsname	Telefon (Angabe freiwillig) ²	E-Mail-Adresse/Internet-Adresse (Angabe freiwillig) ²
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Beamter/-anw.

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

Herr Frau Titel	Name, Vorname	Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort (Erstwohnsitz muss in Deutschland sein)	ausgeübt Tätigkeit
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> angestellt
Geburtsort	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) ¹	Branche bzw. Studiengang und Semester
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> selbstständig
		<input type="checkbox"/> Beamter/-anw.

II. Beitragszahler/in wenn nicht Versicherungsnehmer/in

Herr Frau Titel	Name, Vorname	SEPA-Lastschriftmandat bis auf Widerruf	<input type="checkbox"/> Überweisungskonto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer		IBAN	Prüfziffer Bankleitzahl → Kontonummer
Postleitzahl	Wohnort	D, E	(mit Nullen auffüllen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BIC	Geldinstitut

III. Angaben zum Geldwäschegesetz³ (b) – c) entfällt bei Direktversicherung mit Kontoangabe, bei Rückdeckungsversicherung bitte das Formular 1613 bAV ausfüllen und beifügen)

a) Üben Sie als Versicherungsnehmer oder der ggf. abweichende wirtschaftlich Berechtigte ein öffentliches Amt aus (z.B. Staats- oder Regierungschef, Botschafter, Parlamentsmitglied, Minister, Mitglied der Aufsichtsgremien staatlicher Unternehmen) oder sind Sie ein unmittelbares Familienmitglied einer solchen Person? ja nein

b) Identifizierung des Versicherungsnehmers (wenn kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wird)

Persönliche Identifizierung des Versicherungsnehmers (natürliche Person) erforderlich durch		ausstellende Behörde, gültig bis
<input type="checkbox"/> Personalausweis	<input type="checkbox"/> Reisepass	<input type="checkbox"/> Nr.

c) Der Versicherungsnehmer ist wirtschaftlich Berechtigter.

Falls nein, wirtschaftlich Berechtigter ist:	<input type="checkbox"/> versicherte Person	<input type="checkbox"/> Beitrags-zahler	<input type="checkbox"/> unwiderruflich Bezugsberechtiger (bitte Anschrift angeben)	<input type="checkbox"/> Firma/juristische Person (bitte Formular 1613 ausfüllen)	<input type="checkbox"/> folgende natürliche Person:	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift
--	---	--	---	---	--	--

IV. Firmenversicherung

Eintritt in die Firma (TT.MM.JJJJ)	<input type="checkbox"/> Direktversicherung arbeitgeberfinanziert mit eingeschränkt unwiderruflichem Bezugsrecht (gesetzliche Unverfallbarkeit) – BV11 und BV12	<input type="checkbox"/> Direktversicherung arbeitgeberfinanziert mit uneingeschränkt unwiderruflichem Bezugsrecht (sofortige Unverfallbarkeit) – BV11 und BV13	<input type="checkbox"/> Direktversicherung aus Entgeltumwandlung mit uneingeschränkt unwiderruflichem Bezugsrecht (sofortige Unverfallbarkeit) – BV11 und BV13
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/> Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/> Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sofern Sie an dieser Stelle kein Bezugsrecht festlegen, gilt als bezugsberechtigt für die Todesfall-Leistung(en): der überlebende Ehepartner bzw. Lebenspartner im Sinne des LPartG, der mit der versicherten Person zum Todeszeitpunkt verheiratet ist bzw. in Lebenspartnerschaft lebt.

VI. Technische Daten der Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsbeginn
01. . 201

Versicherungsdauer⁴
[] Jahre [] Monate

Leistungsdauer⁵
[] Jahre [] Monate

sie beigefügten,
unterschriebenen
Vorschlag vom
[] [] [] [] []
bei Stufentarif⁶: 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.

Nachversicherungsgarantie⁷

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.**

Tarif
9 | 4 | 3

4U
[]

»care«-Option
[]

garantierte Rentensteigerung⁹
[] % (0, 1, 2
oder 3%)

Leistungsregelung
Pauschalregelung
(50%)

abweichend:
Staffelregelung
(25-75%)

Überschussverw.-System¹⁰
Beitragsverrechnung (R)
Bonus (T)

[] Ja, Einschluss der
Nachversicherungsgarantie
mit ärztlicher Untersuchung
erwünscht

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.

Dynamik¹¹

[] ja [] nein

Form
[] (B, O, P)

jährliche Steigerung des Beitrags 2-5% (2-3% bei 4U)
[] % (bei Form B)

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

Beitrag¹²

monatlich

abweichend: [] 1/4 [] 1/2 [] 1/1

Berechnungsgrundlage

Beitragsprimat [] Leistungsprimat

bei Stufentarif:

Tarifeintrag der Beitragsstufe 2

bei Stufentarif:

z.zt. zu zahlender Beitrag der Beitragsstufe 2

Tarifeintrag:

Anfangsbeitrag (Tarifeintrag)

bei Stufentarif:
Anfangsbeitrag (z.zt. zu zahlender Beitrag)

VII. Besondere Risikofragen der Swiss Life an die zu versichernde Person

Einweisung: 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 (Invitationmodell). 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)?

Zutreffendes bitte ergänzen bzw. ankreuzen

[] ja [] nein

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

[] [] [] Jahre Dauer der Ausbildung

3. Welche berufliche Ausbildung haben Sie?

[] ja [] nein

4. Sind Sie angestellt?

[] [] []

5. Bei Selbstständigen: Seit wann sind Sie selbstständig?

[] unter 75% [] 75% bis 99% [] 100%

6. Zu wie viel Prozent üben Sie Bürotätigkeiten (Innendienst) aus?

[] %

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*?

[] € (Monatseinkommen bitte auf Jahreseinkommen umrechnen)

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 **verminderter 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		X
Summe der Jahresrenten:			€

VIII. Fragen der Swiss Life 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 (Invitationmodell). Fällt 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		Versicherungsnummer, falls bekannt	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

2. Vorversicherungen bzw. weitere Anträge bei Swiss Life

B. Fragen zur persönlichen Situation

1. Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebens-, oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen zu erschweren Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt, bzw. sind noch nicht endgültig entschieden?
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
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, Kampfsport, Reiten, Tauchen bitte Fragebogen berücksichtigen, bei anderen bitte rechts angeben (z.B. Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen)
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? beruflich privat ja nein Wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen Auslandsaufenthalte ausfüllen
5. Besteht eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung, ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung?
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)
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)
8. Körpergröße in cm Gewicht in kg Wenn BMI <18,5 – bitte Fragebogen Untergewicht ausfüllen¹³
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?
2. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb **der letzten 10 Jahre** Betäubungsmittel oder Drogen ein?
3. Werden oder wurden Sie innerhalb **der letzten 10 Jahre** wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt?
4. Haben Sie innerhalb **der letzten 10 Jahre** einen Selbsttötungsversuch* unternommen?
5. Haben in den **letzten 10 Jahren** Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?
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)?
- b) der **Lunge, Bronchien, Zwerchfell** (z.B. chronische Bronchitis, Asthma*, Atemwegsprobleme)?
- c) an **Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber** (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?
- d) an **Harn- und Geschlechtsorganen** (z.B. Nieren, Blase, Prostata, Unterleib, Brust)?
- e) des **Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfett erhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse*)?
- f) der **Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen** (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie)?
- g) akute oder chronische **Infektionen** (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose)?
- h) der **Psyche*** (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, Psychose, Persönlichkeitsstörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burn-Out-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Essstörung)?
- i) des **Gehirns oder Nervensystems** (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne*)?
- j) der **Wirbelsäule*, Bandscheibe** (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenverkrümmung)?
- k) der **Knochen, Gelenke*, Bänder*, Sehnen*** (z.B. Verschleißerkrankung, rheumatische Beschwerden oder Knieverletzung)?
- l) der **Haut*, Allergien*** (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt-]Ekzem, Schuppenflechte)?
- m) der **Augen:** Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien? (bei Lasik Dioptrien vor Operation angeben)
andere (z.B. Sehstörung, Astigmatismus, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star)?
- n) der **Oren** (z.B. Tinnitus, verminderter Hörvermögen)?
7. Liegen oder lagen innerhalb der letzten 5 Jahre weitere, noch nicht genannte, behandlungsbedürftige Erkrankungen/Beschwerden vor, wegen denen Sie in ambulanter Behandlung von Ärzten, Heilbehandlern, Therapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe waren (z.B. bei Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktikern, Psycho-/Physiotherapeuten) oder fanden Untersuchungen statt oder beabsichtigen Sie, sich in Behandlung zu begeben?
8. Nehmen oder nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich oder vierteljährlich) apothekenpflichtige Arzneimittel zu sich? Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung?
9. Waren Sie **in den letzten 3 Jahren** mehr als 10 Kalendertage ununterbrochen erkrankt/arbeitunfähig?
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 Schmerz zustand ungeklärter Ursache, wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen wie Schlafstörungen, Überlastungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche.

* 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 9

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. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepliktentbindungserklärung

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepliktentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Die nachfolgenden Erklärungen gelten für Verträge mit der Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland (nachfolgend Swiss Life genannt).

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt Swiss Life daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt Swiss Life Ihre Schweigepliktentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepliktfreien Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt Swiss Life Ihre Schweigepliktentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach §203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepliktentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages mit Swiss Life unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach §203 StGB geschützter Daten

- durch Swiss Life selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb von Swiss Life (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch Swiss Life

Ich willige ein, dass Swiss Life die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass Swiss Life die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Swiss Life benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepliktentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach §203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass Swiss Life – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.
Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepliktent, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu 10 Jahren vor Antragstellung an Swiss Life übermittelt werden.
Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch Swiss Life an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für Swiss Life tätigen Personen von ihrer Schweigepliktent.
Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

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

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

 Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.
Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von 5 Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragschluss für Swiss Life konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss für Swiss Life konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepliktentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach §203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb Swiss Life

Swiss Life verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Swiss Life benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepliktentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach §203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass Swiss Life meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an Swiss Life zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach §203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für Swiss Life tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepliktent.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Swiss Life führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Swiss Life Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach §203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt Swiss Life Ihre Schweigepliktentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Swiss Life führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für Swiss Life erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt*. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.swisslife.de/schweigepliktent.

Ich willige ein, dass Swiss Life meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie Swiss Life dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Swiss Life Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach §203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepliktent.

* abgedruckt nach der Schlusserklärung

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann Swiss Life Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass Swiss Life Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung Swiss Life aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob Swiss Life das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch Swiss Life unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für Swiss Life tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach §203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann Swiss Life an das HIS melden. Swiss Life und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach §203 StGB geschützten Daten benötigt Swiss Life Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für Swiss Life tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2.1).

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Swiss Life gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß §203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelte hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass Swiss Life meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach §203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert Swiss Life im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass Swiss Life zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Swiss Life speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei Swiss Life und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass Swiss Life meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

X. Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Folgeseite die verbindliche „Schlusserkklärung von Versicherungsnehmer/in und der zu versichernden Person“ sowie ggf. die „Zusätzliche Schlusserkklärung 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 Schlusserkklärung zum Inhalt dieses Antrags. Darüber hinaus bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift 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 VWG-InfoV mit Wirkung für mich entgegenzunehmen.

Ort, Datum

Versicherungsnehmer/in, Firmenstempel*

Ort, Datum

zu versichernde Person

Ort, Datum

bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften und Anschriften der gesetzlichen Vertreter

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 Direktion

Swiss Life

Kopie: an VN an Vermittler/in

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

XI. Unterschrift SEPA-Lastschriftmandatserteilung für das Konto des Beitragszahlers (bis auf Widerruf)

Ich ermächtige Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, (Gläubiger-Identifikationsnummer DE20ZZZ00000042095) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen genannten Zahlungsdienstleister an, die von Swiss Life auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

XII. 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 Unterschriften und Anschriften der gesetzlichen Vertreter

Gesonderte Mitteilung nach §19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

für die Entscheidung über den Vertragsabschluss bzw. die gewünschte Vertragsänderung benötigen wir persönliche Angaben von Ihnen zu Gefahrumständen, nach denen wir Sie fragen, wie z.B. zu Ihrer gesundheitlichen Situation und Ihren Hobbys sowie Fragen zu Ihrem Beruf und Ihrem Einkommen.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag (ggf. Ihre Versicherungsanfrage) ordnungsgemäß prüfen können, ist es nötig, dass Sie diese Antragsfragen vollständig und – vor allem – wahrheitsgemäß beantworten (§19 VVG). Das gilt übrigens auch für **Nachfragen** durch Swiss Life oder den Versicherungsberater sowie bei einem Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots (Invitatiomodell). Geben Sie im Zweifelsfall vorsorglich auch solche Umstände an, denen Sie eher geringe Bedeutung beimesse.

Falls Sie bestimmte Themen nicht gegenüber dem Versicherungsberater ansprechen möchten, können Sie eine schriftliche Erklärung zu diesen Punkten auch gerne direkt an uns schicken:

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Postfach 40 1709
80717 München

Diese Erklärung muss uns dann bitte möglichst kurzfristig zugehen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Über die Folgen einer solchen Verletzung der Anzeigepflicht informieren wir Sie im folgenden Abschnitt.

Die Folgen richten sich nach dem jeweiligen Grad des Verschuldens.

Bei einer **vorsätzlichen Anzeigepflichtverletzung** können wir zurücktreten.

Ein solches Rücktrittsrecht besteht auch im Fall einer **grob fahrlässigen Anzeigepflichtverletzung** – es sei denn, der Vertrag wäre bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände mit anderen Bedingungen geschlossen worden: In diesem Fall werden diese (anderen) Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend zum Vertragsbestandteil.

Liegt **weder eine vorsätzliche noch grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung** vor, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Auch hier gilt: Wäre der Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände mit anderen Bedingungen geschlossen worden, werden diese ebenfalls auf unser Verlangen hin rückwirkend zum Vertragsbestandteil. Sofern die Pflichtverletzung nicht von der Versicherten Person zu vertreten ist, gilt dies ab der laufenden Versicherungsperiode.

Unsere Leistungspflicht kann daher selbst bei einem bereits eingetretenen Leistungsfall ausgeschlossen sein.

Sie haben noch Fragen dazu? Dann helfen wir Ihnen gerne weiter.

Mit freundlichen Grüßen
Swiss Life

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 Vertragsklärung 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. Die Vertragsprache ist Deutsch. Der vorläufige Versicherungsschutz 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 Beiträgen der ersten Jahre.

F. Rückvergütung/Beitragsfreistellung

Kündigung oder Beitragsfreistellung in den ersten Jahren führen zu erheblichen wirtschaftlichen Nachteilen. Bei Kündigung fällt keine Rückvergütung an. Gleiches gilt für die Bildung einer beitragsfreien 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 lebt

- 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 Beiträgen. Swiss Life ist verpflichtet, die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung unter Anrechnung der bereits abgelaufenen Wartezeit zu dem im Versicherungsschein genannten Beitrag 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 abgefundnen (gemäß § 3 Abs. 2 BetraVG). Insoweit erteilt der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer hierfür Vollmacht und seine Zustimmung.

Wichtiger Hinweis!

Ihre Beiträge sind gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit. Vermittler für Swiss Life sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben und Beiträge 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 Versicherungsbund e.V. Damit ist ein besonderer Service eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsman in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei:
Versicherungsbund e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin,
E-Mail: beschwerde@versicherungsbundmann.de

Sicherungsfonds

Swiss Life ist Mitglied im Sicherungsfonds.

Anlage zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung, Ziffer 3.2:

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) – Stand: 17.12.2012

Liste der Stellen, mit denen Swiss Life zusammenarbeitet:

Stellen	Übertragene Aufgaben
MFM Hofmaier GmbH & Co. KG	- Posteingangs- und Scan-Dienstleistungen
Swiss Life Service GmbH	- Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung im Sinne von §5 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)
Schweizer Leben Pensions Management GmbH	- Tätigkeiten im Zusammenhang mit dem Vertrieb, der Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung gemäß §5 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)
Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG	- Erstellung von Gutachten für die Neuantrags- und Leistungsprüfung - Risikoeinschätzung (Neuanträge, Vertragsänderungen)
E+S Rückversicherung	- Risikoeinschätzung (Neuanträge, Vertragsänderungen)
Iron Mountain Deutschland GmbH	- Dokumentenarchivierung - Dokumentenvernichtung und -entsorgung

Darüber hinaus arbeitet Swiss Life mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten und nutzen:

Kategorien	Übertragene Aufgaben
Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater)	Erstellung von Gutachten, Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und weiteren Behandlungsmöglichkeiten ...
Rehadienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen	Assistance-Leistungen
Dienstleister	Papierentsorgung
IT-Services	Wartung der Server
Marktforschungs- und Ratingagenturen	Kundenbefragung, Unternehmensrating

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 Vertretungsgremiums oder der gesetzlichen Vertreter zu erheben. Verwenden Sie hierzu ggf. das Formular 1613.

Die Identifizierung kann entfallen, wenn

- der Vertragspartner eine börsennotierte Gesellschaft ist,
- der jährlich zu zahlende Beitrag 1.000 Euro nicht übersteigt und auch in Zukunft nicht übersteigen wird,
- der Einmalbeitrag nicht mehr als 2.500 Euro beträgt,
- der Antragsteller selbst Verpflichteter i.S.d. GwG (z.B. Kreditinstitut) ist.

Vereinfachte Identifizierung bei einem Jahresbeitrag bis 12.000 Euro oder Einmalbeitrag bis 100.000 Euro: Von der Identifizierung kann abgesehen werden, wenn

- der Versicherungsnehmer gestattet hat, die Beiträge im Wege des SEPA-Lastschriftdienstes von seinem Konto einzuziehen,
- bei Verträgen der betrieblichen Altersversorgung die Überweisung der Beiträge 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 Karentzeit mindert die Leistungsdauer.

6 Stufentarif

Der günstige Einstiegsbeitrag bei vollem Versicherungsschutz von Anfang an ist speziell für junge Leute zwischen 15 Jahren und 30 Jahren. Es erhöht sich der Anfangsbeitrag (Beitragsstufe 1) – je nach Vereinbarung – nach Ablauf des 3., 4. oder 5. vollen Versicherungsjahrs (zuzügl. die Monate des Rumpfbeginnjahres) auf die Tarifbeitrag der Beitragsstufe 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 Karriereprung 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, so weit 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 Karentzeit

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 (Karentzeit). Endet die Berufsunfähigkeit und tritt erneut Berufsunfähigkeit von mindestens 6 Monaten aufgrund derselben Ursachen ein, so werden bereits zurückliegende Karentzmonate 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 (bei BU 4U max. 1%) 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 = Beitragsverrechnung

T = Bonus

Bei Firmendirektversicherungen wird eine Bonusrente gebildet.

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

11 Dynamik

Die Erhöhungen des Beitrags 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 dem Erhöhungsbeitrag und u.a. dem dann erreichten Eintrittsalter.**

Die Erhöhung des Beitrags erfolgt bei

- **Form B** um einen festen Prozentsatz, der zwischen 2 und 5% festgelegt werden kann (bei BU 4U und 4U care max. 3%),
- **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 Beitragserhöhung erfolgt jedoch höchstens soweit, dass der durch die Erhöhung fällige Gesamtbetrag 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 Beitragserhöhung erfolgt jedoch höchstens soweit, dass der durch die Erhöhung fällige Gesamtbetrag 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 (bei BU 4U und 4U care ab dem 11. Jahr) nicht mehr dynamisiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass eine weitere Dynamik wirtschaftlich angemessen ist, kann diese weitergeführt werden.

12 Beitrag

Der Inkassobeitrag ist die um Vergünstigungen und/oder verrechnete Überschussanteile (s. Hinweise bei Nr. 10) verminderte Tarifbeitrag. Bei Wegfall der Voraussetzungen für die Vergünstigungen oder bei Verringerung der Überschussanteile erhöht sich der z.zt. zu zahlende Beitrag. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung 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.

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

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

2. Welche Beschwerden/Symptome liegen/ liegen 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

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!



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
- Nachtauchen
- Rebreathertauchen
- Rettungstauchen
- Strömungstauchen im Meer
- Strömungstauchen in Flüssen und/oder Bächen
- Wracktauchen (mit Eintauchen ins Wrack-innere)

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)

[Redacted]

[Redacted]

4. Wie tauchen Sie?

- alleine
- paarweise
- in Gruppen

5. Wie häufig tauchen Sie?

Anzahl der Tauchgänge
im vergangenen Jahr

[Redacted]

Anzahl der Tauchgänge
im laufenden Jahr

[Redacted]

Anzahl der geplanten Tauchgänge
in den kommenden 12 Monaten

[Redacted]

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?

[Redacted]

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

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

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.**

[Redacted area for answers]

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



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

(Fortsetzung Frage 5)

- Folgen einer anderen Erkrankung
welche
- unbekannt
- sonstige

2. Wie lautete die genaue Diagnose des behandelnden Arztes?

6. Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

- keine
- ambulante Behandlung bei
 - Hausarzt
 - Facharzt
 - Psychologe/Psychotherapeut
- stationärer Aufenthalt

wann

wo

- Medikamente:
welche
- wie oft ständig bei Bedarf

7. Nehmen sie derzeit Medikamente ein?

- ja; welche

(Medikamentennamen)

Dosierung

- nein; seit

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

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts

mit Hauptsitz in Zürich

Handelsregister Kanton Zürich · CH-020.5.901.324-6

Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Wolf Becke, Gerold Bührer,

Ueli Dietiker, Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Henry Peter,

Peter Quadri, Frank Schnewlin, Franziska Tschudi Sauber,

Klaus Tschütscher

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, Prü-
fungsstress, 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 uneinge-
schränkt ausüben?**

ja

nein; Einschränkungen

**13. Haben sie einen Selbsttötungsversuch un-
ternommen?**

ja; wann

weshalb

womit

nein

**14. Nahmen/nehmen Sie Drogen oder Betäu-
bungsmittel?**

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, Depressio-
nen, 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 zur Pflegerentenversicherung zu machenden Angaben.
Bitte ausfüllen und dem Antrag beifügen!



SwissLife

FRAGEBOGEN: WIRBELSÄULE

Versicherungsnehmer

Antrag vom

(sofern vorhanden)

versicherte Person

Versicherung Nr.

(sofern vorhanden)

1. Welche Beschwerden liegen/lagen vor? (Hierzu gehören u. a. Schmerzen, Lähmungen, Verspannungen, Bewegungseinschränkung). Bitte geben Sie auch den Zeitraum an.

[Large yellow input field for describing symptoms and time period]

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

ja

nein

3. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

(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
- Osteoporose

[Large yellow input field for additional information]

- 4a) Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre verschreibungspflichtige Medikamente ein? Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre rezeptfreie Medikamente länger als 1 Woche ununterbrochen ein?

ja; welche?

nein

Zeitraum

- 4b) Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre sonstige Behandlungen veranlasst (z. B. Massagen, Physiotherapie)?

ja; welche?

nein

Zeitraum

- 4c) Waren stationäre Behandlungen (z. B. Operationen, Kuraufenthalte) erforderlich oder sind diese geplant?

ja

nein

FRAGEBOGEN: WIRBELSÄULE

versicherte Person

Versicherung Nr.

(sofern vorhanden)

5. 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

6. Welche der folgenden Aussagen bzgl. Ihrer Mobilität ist zutreffend?

- Ich habe keine Probleme bei einer Gehstrecke von 200m oder mehr.
- Ich habe Probleme bei einer Gehstrecke von 10 bis 200m.
- Ich habe Probleme bei einer Gehstrecke von weniger als 10m.
- Ich habe Probleme beim Treppensteigen.

Bitte machen Sie ggf. nähere Angaben zu Art und Umfang der Schwierigkeiten bzw. der benötigten Hilfe:

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

[Redacted Address Fields]

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

7. Welche der folgenden Aussagen bzgl. der Tätigkeiten des täglichen Lebens wie sich waschen, Toilettengang, Kontinenz, sich ankleiden, essen, einkaufen, Kommunikation etc. ist für Sie zutreffend?

- Ich habe keine Schwierigkeiten bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens.
- Ich habe Schwierigkeiten bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens, komme aber noch in allen Bereichen ohne fremde Hilfe aus.
- Ich benötige Hilfe einer anderen Person bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens.

Bitte machen Sie ggf. nähere Angaben zu Art und Umfang der Schwierigkeiten bzw. der benötigten Hilfe:

[Redacted Address Fields]