

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



Antrag auf Abschluss eines Lebensversicherungsvertrags

Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots

- Kapital
- Rente
- Risiko

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

Antrag auf Änderung eines Versicherungsvertrags (soweit Gesundheitsfragen zu beantworten sind)

Tarif	Direktversicherung
841	Swiss Life Direktversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung, Rentengarantie und steigendem Hinterbliebenenschutz bei Tod vor Rentenbeginn (Beitragsorientierte Leistungszusage)
30	Swiss Life BUZ Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Beitragsbefreiung (Tarif 40) und Rente bei Berufsunfähigkeit
30	Swiss Life BUZ care Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Beitragsbefreiung (Tarif 40) und Rente bei Berufsunfähigkeit und mit lebenslanger Rente bei Pflegebedürftigkeit
40	Swiss Life BUZ Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit
BBG-Dynamik	Laufende Erhöhung der Beiträge und daraus berechnet der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Der Beitrag ist jedoch in jedem Falle begrenzt auf den steuerbeförderten Höchstbeitrag gemäß § 3 Nr. 63 EStG (Dynamikform O oder P)

Tarif	Hauptversicherung
600	Leibrentenversicherung auf ein Leben mit sofort beginnender Rentenzahlung und Rentengarantie gegen Einmalbeitrag
610	Leibrentenversicherung auf ein Leben mit sofort beginnender Rentenzahlung, Kapitalentnahmeoption und Beitragsrückgewähr gegen Einmalbeitrag
620	Abgekürzte Leibrentenversicherung auf ein Leben mit sofort beginnender Rentenzahlung und Rentengarantie gegen Einmalbeitrag
650	Leibrentenversicherung auf zwei Leben mit sofort beginnender Rentenzahlung und Rentengarantie gegen Einmalbeitrag
800/890	Leibrentenversicherung auf ein Leben mit aufgeschobener Rentenzahlung und Rentengarantie (Tarif 800) mit Partnerrenten-Zusatzversicherung (Tarif 890)

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

Tarif	Hauptversicherung
810	Leibrentenversicherung auf ein Leben mit aufgeschobener Rentenzahlung, Rentengarantie und Beitragsrückgewähr bei Tod vor Rentenbeginn
900	Swiss Life Rentenplan, Optionsversicherung mit garantierter Rentenleistung, Kapitaloption und Mindesttodesfall-Leistung während der Aufschubdauer
940	Abgekürzte Versicherung auf den Todesfall (Risikolebensversicherung)

Tarif	Zusatzversicherung
10	Abgekürzte Todesfall-Zusatzversicherung
20	Überlebenszeitrenten-Zusatzversicherung
30	Swiss Life BUZ Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Beitragsbefreiung (Tarif 40) und Rente bei Berufsunfähigkeit
30	Swiss Life BUZ care Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Beitragsbefreiung (Tarif 40) und Rente bei Berufsunfähigkeit und mit lebenslanger Rente bei Pflegebedürftigkeit
32	Swiss Life BUZ 4U Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für junge Leute in Ausbildung mit Beitragsbefreiung (Tarif 42) und Rente bei Berufsunfähigkeit
32	Swiss Life BUZ 4U care Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für junge Leute in Ausbildung mit Beitragsbefreiung (Tarif 42) und Rente bei Berufsunfähigkeit und mit lebenslanger Rente bei Pflegebedürftigkeit
40	Swiss Life BUZ Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit
42	Swiss Life BUZ 4U Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für junge Leute in Ausbildung Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

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

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 09-44 05
 www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
 mit Hauptsitz in Zürich
 Handelsregister Kanton Zürich · CH-020.5.901.324-6
 Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vorsitzender),
 Wolf Becke, Gerold Bühner, Ueli Dietiker, Damir Filipovic,
 Frank W. Keuper, Henry Peter, Peter Quadri, Frank
 Schnewlin, Franziska Tschudi Sauber, Klaus Tschütscher

Bayerische Landesbank München
 Konto 36 545
 BLZ 700 500 00
 IBAN DE24 7005 0000 0000 0365 45
 BIC BYLA DE 33 XXX
 Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

☐ Antrag auf Abschluss (Antragsmodell)
☐ Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots (Invitationsmodell)
☐ Antrag auf Änderung

<div> <div><input checked="" type="checkbox"/></div> Versicherungsnehmer/in </div> <div> <div></div> zusätzlich zu versichernde Person </div> <div> <div></div> zusätzlich Beitragszahler/in </div>		
<div> <div>Herr</div> <div>Frau</div> <div>Firma</div> <div>Titel</div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		<div> <div>(Antragsteller/in)</div> <div>Name, Vorname bzw. bei Firmenversicherung Name der Firma als Versicherungsnehmer/in</div> </div>
<div> <div>Straße, Hausnummer</div> <div></div> </div>		<div> <div>1. Staatsangehörigkeit</div> <div></div> </div>
<div> <div>Postleitzahl</div> <div>Wohnort (Erstwohnsitz muss in Deutschland sein)</div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div>		<div> <div>Steuerliche Identifikationsnummer</div> <div></div> </div>
<div> <div>Geburtsort</div> <div></div> </div>		<div> <div>ausgeübte Tätigkeit</div> <div></div> </div>
<div> <div>Geburtsname</div> <div></div> </div>		<div> <div>Branche/Studiengang und Semester</div> <div></div> </div>
<div> <div>Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)¹</div> <div></div> </div>		<div> <div>angestellt</div> <div></div> </div>
<div> <div>Fax (Angabe freiwillig²)</div> <div></div> </div>		<div> <div>selbstständig</div> <div></div> </div>
<div> <div>E-Mail-Adresse/Internet-Adresse (Angabe freiwillig²)</div> <div></div> </div>		<div> <div>Beamter/-anw.</div> <div></div> </div>
<div> <div>Telefon (Angabe freiwillig²)</div> <div></div> </div>		

Zu versichernde Person wenn nicht Versicherungsnehmer/in Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Titel <input type="text"/> Name, Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/> Straße, Hausnummer <input style="width: 100%;" type="text"/> Postleitzahl <input style="width: 20%;" type="text"/> Wohnort (Erstwohnsitz muss in Deutschland sein) <input style="width: 80%;" type="text"/> Geburtsname <input style="width: 30%;" type="text"/> Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) ¹ <input style="width: 70%;" type="text"/>		mitversicherte Person³ (Tarif 650, 890) Steuerliche Identifikationsnummer <input style="width: 100%;" type="text"/> Staatsangehörigkeit <input style="width: 100%;" type="text"/> ausgeübte Tätigkeit <input style="width: 100%;" type="text"/> Branche/Studiengang und Semester <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Beamter/-anw.	
--	--	---	--

Name, Vorname, Titel		IBAN Prüfziffer Bankleitzahl Kontonummer <small>(mit Nullen auffüllen)</small>	
Straße, Hausnummer		BIC	
Postleitzahl	Wohnort	Geldinstitut	

b) – d) entfällt bei Direktversicherung nur, wenn ein Lastschrift-/Überweisungskonto angegeben ist; 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 oder der jährliche Beitrag 12.000 Euro bzw. der Einmalbeitrag 100.000 Euro überschreitet)
Persönliche Identifizierung des Versicherungsnehmers (natürliche Person) erforderlich durch ausstellende Behörde, gültig bis

☐ Personalausweis ☐ Reisepass Nr.

c) **Der Versicherungsnehmer ist wirtschaftlich Berechtigter**
Falls nein, wirtschaftlich Berechtigter ist:

☐ versicherte Person ☐ Beitrags-zahler ☐ unwiderruflich Bezugsberechtigter ☐ Firma/juristische Person ☐ folgende natürliche Person: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

☐ (bitte Anschrift angeben) ☐ (bitte Formular 1613 ausfüllen)

d) **Herkunft der Mittel** bei Einmalbeiträgen ab 100.000 Euro oder Jahresbeiträgen ab 15.000 Euro – **bitte weisen Sie die Mittelherkunft durch entsprechende Belege nach**
Die Beiträge stammen aus:

☐ laufendem Einkommen ☐ Erbschaft ☐ Ersparnissen ☐ Veräußerung/ Veräußerungsgewinn ☐ laufendem Ertrag ☐ ablaufenden Lebens- bzw. Rentenversicherungen sonstiger belegbarer Herkunft

e) **Erklärung zur Steuerpflicht in den USA (FATCA)** (entfällt bei betrieblicher Altersversorgung und bei Risikoversicherungen)

Ich erkläre, dass ich in den USA **nicht** steuerpflichtig bin ☐ nein, ich bin (auch) in den USA steuerpflichtig

Falls ein unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt wird:
Ich erkläre, dass **keine** unwiderruflich bezugsberechtigte Person in den USA steuerpflichtig ist ☐ nein, die unwiderruflich bezugsberechtigte Person ist (auch) in den USA steuerpflichtig

Informationen zur Steuerpflicht in den USA erhalten Sie im Internet unter www.swisslife.de/fatca und von Ihrem Steuerberater.

Eintritt in die Firma (TT.MM.JJJJ)

- ☐ Direktversicherung nur arbeitgeberfinanziert mit
 - ☐ eingeschränkt unwiderruflichem Bezugsrecht (gesetzliche Unverfallbarkeit) – BV11 und BV12
 - ☐ uneingeschränkt unwiderruflichem Bezugsrecht (sofortige Unverfallbarkeit) – BV11 und BV13
 - ☐ Direktversicherung aus Entgeltumwandlung (nur arbeitnehmerfinanziert) mit
 - ☒ uneingeschränkt unwiderruflichem Bezugsrecht (sofortige Unverfallbarkeit) – BV11 und BV13
 - ☐ Mischfinanzierung: Direktversicherung arbeitgeber- und arbeitnehmerfinanziert
 - ☒ mit uneingeschränkt unwiderruflichem Bezugsrecht (sofortige Unverfallbarkeit) – BV11 und BV13
- Soll bei Mischfinanzierung für den arbeitgeberfinanzierten Teil das eingeschränkt unwiderrufliche Bezugsrecht (gesetzliche Unverfallbarkeit) gelten, bitte separaten Antrag verwenden.
- ☐ **Rückdeckungsversicherung** Bezugsberechtigt im Erlebens- und Todesfall ist der Versicherungsnehmer

Seite 2 von 10

V. Bezugsberechtigte

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

A. Für die Erlebensfall-Leistungen und die Leistungen aus der BUZ ist die nachfolgend namentlich bezeichnete Person bezugsberechtigt:

Name, Vorname (bei unwiderruflichem Bezugsrecht auch Anschrift und Staatsbürgerschaften angeben)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Sofern Sie an dieser Stelle kein Bezugsrecht festlegen, gilt der Versicherungsnehmer als bezugsberechtigt für die Erlebensfall-Leistungen und die Leistungen der BUZ, sofern mitversichert.

B. Für die Todesfall-Leistungen ist die nachfolgend namentlich bezeichnete Person bezugsberechtigt:

Name, Vorname (bei unwiderruflichem Bezugsrecht auch Anschrift und Staatsbürgerschaften angeben)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

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

Bei Tarif 650 und 800/890 gilt: Das vorstehende Todesfallbezugsrecht greift nur, wenn beide versicherte Personen verstorben sind. Überlebt die mitversicherte Person die 1.versicherte Person, ist generell die mitversicherte Person widerruflich bezugsberechtigt.

VI. Zahlungsweg bei sofort beginnender Rente

(bei Rückdeckungsversicherungen bitte Firmenkonto angeben)

Kontoinhaber/in des Empfängerkontos ist

☐ Versicherungsnehmer/in ☐ versicherte Person ☐ widerruflich Bezugsberechtigter ☐ unwiderruflich Bezugsberechtigter ☐ andere Person/Firma

Name, Vorname

1. Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

Steuerliche Identifikationsnummer

weitere Staatsangehörigkeit(en)

Postleitzahl

Wohnort

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)¹

IBAN

Prüfziffer

Bankleitzahl

Kontonummer

BIC

Geldinstitut

D E

(mit Nullen auffüllen)

VII. Technische Daten der Versicherung

Versicherungsbeginn und -dauer

(kein rückwirkender Versicherungsschutz)

01. . 201

Versicherungs-/Aufschubdauer
inkl. Abrufphase

Jahre +

Monate

Abrufphase

siehe beigefügten, unter-
schriebenen Vorschlag vom

vorzeitige Abrufmöglichkeit
vor dem Versicherungsende für

Jahre

(5–10 Jahre,
Tarif 810: 5–30)

Nachversicherungsgarantie⁵

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 bzw. die bei Swiss Life beantragten und bestehenden Todesfall-Leistungen inkl. Bonus und Erhöhungen weniger als 300.000 Euro betragen. Mit dieser Nachversicherungsgarantie können Sie die beantragte BU-Rente um 100% der Anfangsrente, jedoch max. auf 2.500 Euro BU-Rente, erhöhen. Eine Erhöhung der Todesfall-Leistung ist um 100% der anfänglichen Todesfall-Leistung, jedoch max. auf 300.000 Euro, möglich.

Sie können die Grenze von 2.500 Euro auf max. 4.000 Euro für die BU-Rente bzw. von 300.000 Euro auf 800.000 Euro für die Todesfall-Leistung anheben. Hierbei darf die Summe aller bei Swiss Life beantragten und bestehenden BU-Renten inkl. Bonus und Erhöhungen max. 4.000 Euro bzw. die bei Swiss Life beantragten und bestehenden Todesfall-Leistungen inkl. Bonus und Erhöhungen max. 800.000 Euro betragen. Für diese Anhebung ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich.

ja, Einschluss der
Nachversicherungsgarantie
mit ärztlicher Untersuchung
erwünscht.

Hauptversicherung

Risiko

Tarif

Versicherungssumme

Raucher⁶

Nichtraucher⁶

Überschussverw.-System⁷

Bonus (T)

Beitragsverrechnung (R)

Rente/Rentenplan

Tarif

Rente pro Jahr bzw. Optionsrente⁸
bzw. Abrufrente zum 1. Abruftermin

Option auf Kapitalauszahlung
(bei Abrufphase zum 1. Abruftermin)

Rentengarantiezeit

Zahlungsweise der Rente

Partnerrente

abgekürzte Rentenzahlungsdauer
(Tarif 620)

Rentenbonus im Todesfall
(Tarif 810, 841)

abweichend:

Anfängliche Todesfallsumme
(Tarif 900)

Überschussverw.-System⁷

für Tarife 810, 800/890, 900
und sofort beginnende Renten

garantierte Rentensteigerung im Rentenbezug

1% (nur RDV)

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

4U

»core«-Option

Überschussverw.-System⁷ (BU-Rente)

Bonusrente (U)

Beitragsverrechnung (C)

Karenzzeit⁹

Monate

Leistungsregelung

Pauschalregelung
(50%)

abweichend:

Staffelregelung
(25–75%)

Beitragsbefreiung

Versicherungsdauer¹⁰

Jahre +

Monate

Leistungsdauer¹¹

Jahre +

Monate

Einschluss der garantiert steigenden Beitragsbefreiung¹² bei Berufsunfähigkeit
(nicht bei Direktversicherung oder T940)

ja

%

nein

wenn Dynamikform A/C: 5% Steigerung
wenn Dynamikform B: wie Dynamiksteigerungssatz

Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente)

Versicherungsdauer¹⁰

Jahre +

Monate

Leistungsdauer¹¹

Jahre +

Monate

gar. BU-Rente pro Jahr

, €

Die Zahlung der BU-Renten
erfolgt in monatlichen Raten.

garantierte Rentensteigerung¹³

(0, 1, 2 oder 3%)

Weitere Zusatzversicherungen

Tarif

Versicherungsdauer

Jahre +

Monate

Versicherungssumme/gar. Jahresrente

, €

Endet die Beitragszahlungsdauer einer Zusatzversicherung, werden die
freierwerdenden Beitragsteile zur Erhöhung der Hauptversicherung und
ggf. Beitragsbefreiung verwendet (nicht bei Tarif 841)¹⁴.

nein

Die Versicherungsdauer von Zusatzversicherungen (außer BUZ) ist bei Vereinbarung einer Abrufphase maximal bis
zum 1. Abruftermin möglich.

Dynamik¹⁵

ja

nein

Umfang

(nicht Form C)

Voll-

Haupt-

Teildynamik

Bei Tarif 940 ist ausschließlich Form B mit 2–5% und Volldynamik mög-
lich (2–3% bei BUZ 4U), bei Tarif 841 ausschließlich Form O oder P.

Form

(A–D, O, P)

jährliche Steigerung des Beitrags bei Form B/C

%

Beitrag¹⁶

1/1

1/2

1/4

1/12

einmalig

Tarifbeitrag

, €

zzt. zu zahlender Beitrag

, €

Beitragszahlungsdauer

Jahre +

Monate

Nur einzutragen bei anteiligem Erstbeitrag:

anteiltiger Tarifbeitrag

, €

anteiltiger zzt. zu zahlender Beitrag

, €

Berechnungsgrundlage

Beitragsprimat

abweichend:
Leistungs-
primat

Rahmenvertrag über

Mitgliedsnummer

Rolle der VP

(1–5)

1 = VP ist selbst Mitglied
2 = GGF/Vorstand des Mitglieds

3 = Arbeitnehmer des Mitglieds
4 = Ehegatte/Partner des Mitglieds

5 = Kind des Mitglieds

bzw. Aufnahmeantrag beifügen

^{5–16} = Ergänzende Informationen siehe Seite 10

VIII. Besondere Risikofragen 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 (Invitationsmodell). Falls Sie Fragen falsch oder unvollständig beantworten, können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, ihn kündigen, ihn anpassen oder die Leistung teilweise oder vollständig verweigern.

A. Berufliche Tätigkeit

1. Üben Sie Ihre aktuelle berufliche Tätigkeit ununterbrochen seit mindestens 3 Jahren aus (ohne Ausbildungs-/Anlernzeit)? ☐ ja ☐ nein
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. Zu wie viel Prozent üben Sie Bürotätigkeiten (Innendienst) aus? ☐ unter 75% ☐ 75%–99% ☐ 100%
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*? € (Monateinkommen 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 **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	€	X
Summe der Jahresrenten:		€	

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

IX. 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 (Invitationsmodell). 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 Bei Versicherungen nach Tarif 810 und 841 jeweils ohne Einschluss von Zusatzversicherungen und bei sofort beginnenden Renten braucht nur Teil A beantwortet zu werden.

1. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht?
Welche? (Bitte genaue Angaben über Umfang und Dauer der gewünschten Vereinbarung)

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 erschwerenden Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt, bzw. sind noch nicht endgültig entschieden? ☐ ja ☐ nein Versicherungsnummer, falls bekannt
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? ☐ ja ☐ nein * 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? ☐ ja ☐ nein * 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
5. Besteht eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung, ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung? ☐ ja ☐ nein
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
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 ausfüllen¹⁷
9. Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten vor Antragstellung Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak unter Feuer konsumiert oder beabsichtigen Sie, in Zukunft zu rauchen? ☐ ja ☐ nein
10. Wer ist Ihr Hausarzt, bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?
Name vollständige Anschrift/Fachrichtung

¹⁷ = Ergänzende Informationen siehe Seite 10

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
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
c) an **Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber** (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?
☐ ja ☐ nein
d) an **Ham- und Geschlechtsorganen** (z.B. Nieren, Blase, Prostata, Unterleib, Brust)?
☐ ja ☐ nein
e) des **Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse*)?
☐ ja ☐ nein
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, Psychose, Persönlichkeitsstörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burn-Out-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Essstörung)?
☐ ja ☐ nein
i) des **Gehirns oder Nervensystems** (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne*)?
☐ ja ☐ nein
j) der **Wirbelsäule*, Bandscheibe** (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenverkrümmung)?
☐ ja ☐ nein
k) der **Knochen, Gelenke*, Bänder*, Sehnen*** (z.B. Verschleißerkrankung, rheumatische Beschwerden oder Knieverletzung)?
☐ ja ☐ nein
l) der **Haut*, Allergien*** (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt-]Ekzeme, Schuppenflechte)?
☐ ja ☐ nein
m) der **Augen**: Kurz- oder Weitsichtigkeit mehr als 7 Dioptrien? (bei Lasik Dioptrien vor Operation angeben)
☐ ja ☐ nein
andere (z.B. Sehstörung, Astigmatismus, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star)?
☐ ja ☐ nein
n) der **Ohren** (z.B. Tinnitus, vermindertes Hörvermögen)?
☐ ja ☐ nein
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?
☐ 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? Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung?
☐ 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, wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen wie Schlafstörungen, Überlastungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche.
☐ 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.

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 beigelegt, das vom Versicherungsnehmer/in und der zu versichernden Person unterschrieben ist.

E. Versicherung mit ärztlicher Untersuchung

(Bei einer Risikosumme ab 300.001 Euro oder einer BU-Monatsrente von mehr als 2.500 Euro; jeweils inkl. bestehender Versicherungen bei Swiss Life bzw. bei Einschluss einer Nachversicherungsgarantie, wenn die Grenze für die Erhöhungen der BU-Rente auf 4.000 Euro monatlich und die der Todesfall-Leistung auf 800.000 Euro angehoben werden soll. Erforderlich auch bei Beitragsbefreiung eines Jahresbeitrags (HV und andere ZV) ab 30.001 Euro).

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

X. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung 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 Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt Swiss Life Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach §203 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 Schweigepflichtentbindungserklärungen 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 Schweigepflichtentbindung 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 Schweigepflicht, 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 Schweigepflicht.

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 Schweigepflicht 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 Vertragsschluss 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 Jahre 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 Schweigepflichtentbindung.

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 Schweigepflichtentbindung, 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 Schweigepflicht.

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 Schweigepflichtentbindung 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/schweigepflicht eingesehen oder bei Swiss Life angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt Swiss Life Ihre Einwilligung.

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 Schweigepflicht.

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 Verfahrensabläufen 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.

* abgedruckt nach der Schlussklärung

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

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung 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 Schweigepflichtenbindung. 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 vermittelt 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 Ihre 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.

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 Erklärungen enthalten u.a. Informationen zu den **Regeln der Kostenverrechnung, insb. des Vertragsabschlusses (E.)** und zum **Widerrufsrecht (B.)**. Außerdem machen Sie mit Ihrer Unterschrift die **Schlusserklärung(en) 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 VVG-InfoV mit Wirkung für mich entgegenzunehmen.

Ort, Datum

Versicherungsnehmer/in, Firmenstempel*

Ort, Datum

zu versichernde Person(en)

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

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

Police: ☐ direkt an VN ☐ direkt an Vermittler/in ☐ direkt an Direktion Swiss Life

Kopie: ☐ an VN ☐ an Vermittler/in

XII. Unterschrift SEPA-Lastschriftmandaterteilung für das Konto des Beitragszahlers bis auf Widerruf

Ich ermächtige Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, (Gläubiger-Identifikationsnummer DE20ZZ00000042095) 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

XIII. 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

Unterschrift 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 beimessen.

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 17 09
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

Schlussklärung 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. Ich weiß, dass ich verpflichtet bin, Swiss Life unverzüglich zu informieren, falls ich Raucher werde (nur bei Nichtraucher-Tarif).

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. Die Vertragssprache 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. Dadurch ist in der Anfangszeit nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden.

F. Rückvergütung/Beitragsfreistellung

Die **Kündigung** ist bei folgenden Tarifen **ausgeschlossen**: Tarif 600, 620 und 650. Bei Tarif 800/890 führt die Kündigung zur Beitragsfreistellung.

Kündigung oder Beitragsfreistellung von aufgeschobenen Rentenversicherungen 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 beitragsfreien Summe. Die Beiträge bei aufgeschobenen Rentenversicherungen werden zunächst zur Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle, der Abschlusskosten und der Verwaltungskosten verbraucht. Über die Entwicklung der Rückvergütung bzw. der beitragsfreien Leistungen gibt eine den Produktinformationen beigefügte Tabelle Auskunft. **Beachten Sie bitte die Entwicklung der Werte in den ersten Jahren.** Die Besonderheiten bei Rückkauf des Tarifes 610 finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen für eine sofortbeginnende Rentenversicherung.

Zur detaillierten Beschreibung der Leistungen nach Tarif 800/890 überlassen wir Ihnen auf Wunsch gerne ein Merkblatt.

Bei Rentenversicherungen nach Tarif 810, 800/890, 841 bzw. 900 besteht das Recht auf Beitragsfreistellung und die Option auf Kapitalauszahlung.

G. Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes

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

H. Zusätzliche Schlussklärung 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. Bei Tarif 841 ist die Todesfall-Leistung in nachstehender Rangfolge zu zahlen an

- 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
- die Kinder im Sinne des §32 Abs. 3 und 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Abs. 5 EStG zu gleichen Teilen
- den Lebensgefährten der versicherten Person, sofern uns hierzu eine gesonderte schriftliche Vereinbarung vorliegt
- die für das Sterbegeld empfangsberechtigte Person, sofern die unter a) bis c) benannten Personen fehlen.

Die vorgenannten für den Todesfall begünstigten Hinterbliebenen haben einen unwiderruflichen Anspruch auf die Versicherungsleistung 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 Jahres 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). Insoweit erteilt der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer hierfür Vollmacht und seine Zustimmung.

Schlussbemerkung

Für eine Direktversicherung zu Gunsten eines Gesellschafter-Geschäftsführer ist ein Gesellschafterbeschluss Voraussetzung.

Wichtiger Hinweis!

Ihre Beiträge sind gemäß §4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungssteuer 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 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.

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 Versicherungs-scheins.

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 Geburts-tag maßgebend ist, der dem technischen (d.h. dem beantragten) Versicherungsbeginn näher liegt. D.h., wir legen das nächst höhere Lebensalter zugrunde, wenn der technische Versicherungs-beginn 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 Schweigepflichtenbindung“.

3 Mitversicherte Person

Sofern bei den Tarifen 800/890 unter Punkt I („Am Vertrag beteiligte Personen“) kein Platz für die Angabe der Daten zur mitversicherten Person vorhanden ist, tragen Sie unter Punkt IX.A. („Beson-dere Vereinbarungen“) das Geschlecht, Namen, Vornamen und Geburtsdatum der mitversicherten Person ein.

4 Angaben gemäß Geldwäschegesetz

Der wirtschaftlich Berechtigte ist immer zu erfragen. Die vollständige Anschrift des wirtschaftlich Berechtigten ist zu erfassen, wenn er nicht der Antragsteller/Versicherungsnehmer ist. Wirtschaft-lich Berechtigter im Sinne des Geldwäschegesetzes 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 be-gründet wird (§1 Abs.6 GwG). Die Pflicht zur Identifizierung gilt als erfüllt, wenn die Beiträge im Wege des SEPA-Lastschriftmandats von einem inländischen Konto des Versicherungsnehmers ein-gezogen werden. Die Angaben zum Geldwäschegesetz müssen vom Vermittler bestätigt werden.

5 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 Reduzie-rung von Versorgungsansprüchen der gesetzlichen Rentenversicherung und vergleichbarer Ver-sorgungssysteme können die versicherten Leistungen unabhängig voneinander ohne erneute Ge-sundheitsprüfung 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 hier-bei 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 be-antragte 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 Unter-suchung erforderlich. Gleiches gilt für beantragte und bestehende Todesfall-Leistungen über 300.000 Euro.

Einzelheiten stehen in den allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs. Bitte be-achten Sie die steuerlichen Grenzen. Im Falle einer Direktversicherung kann die Nachversiche-rungsgarantie nur in den steuerlichen Begrenzungen des §3 Nr.63 EStG ausgeübt werden.

6 Definition Nichtraucher

Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss weder Zigaretten noch Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak unter Feuer konsumiert hat und nicht beabsichtigt, in Zu-kunft zu rauchen.

7 Überschussbeteiligung

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

Kapitalbildende Versicherungen und Swiss Life Rentenplan (Tarif 900):

Für die Verwendung der Überschussbeteiligung stehen 2 Systeme zur Wahl:

E = Erlebensfallbonus (nur bei Tarif 900 und 950)

A = System der verzinslichen Ansammlung

Risikoversicherungen:

Es stehen 2 Systeme zur Wahl:

T = Todesfallbonus **R** = Beitragsverrechnung

Leibrentenversicherungen:

Verwendung der Überschussbeteiligung während der Aufschubdauer:

B = Bonussystem (zusätzliche beitragsfreie Rente)

R = Beitragsverrechnung (nur bei den Tarifen 810 und 800/890)

Bei Rentenbezug stehen folgende Systeme zur Wahl (auch für Tarif 900):

P = Überschussrente Progress **S** = Überschussrente steigend

Bei aufgeschobenen Leibrentenversicherungen (Tarif 810, 800/890, 841) und bei Tarif 900 braucht das Überschussverwendungs-System (P, S) erst kurz vor Rentenbeginn festgelegt zu werden. Deshalb entfallen die Festlegung bei Antragstellung und die Dokumentation im Versiche-rungsschein. Änderungen bleiben vorbehalten.

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung:

Vor Eintritt des Versicherungsfalls:

Beitragsbefreiung: Beitragsverrechnung (C)

BU-Rente: Beitragsverrechnung (C) oder Bonusrente (U)

Bei Firmendirektversicherungen wird sowohl für die Beitragsbefreiung als auch für die Berufs-unfähigkeitsrente eine Bonusrente gebildet.

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

Todesfall-Zusatzversicherung und Überlebenszeitrenten-Zusatzversicherung:

Beitragsverrechnung (C)

8 Jährliche Optionsrente

Der Jahresbetrag der Optionsrente wird in vierteljährlichen Raten im Voraus geleistet. Die Renten-garantiezeit beträgt 5 Jahre bei einem Rentenbeginn ab dem Alter 61, bei einem früheren Renten-beginn 10 Jahre.

9 Karenzzeit

Ein erstmaliger Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) ent-steht mit dem Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit und nach Ablauf der vereinbarten leistungsfreien Kalendermonate (Karenzzeit). Entspricht die Leistungsdauer der Ver-sicherungsdauer und tritt der Versicherungsfall der BUZ nicht ein, endet die Beitragszahlungspflicht für die BUZ bei einer Karenzzeit von 12 und 18 Kalendermonaten 1 Jahr vor Ablauf der Versicherungs-dauer, bei einer Karenzzeit von 24 Kalendermonaten 2 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer.

10 Versicherungsdauer

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

11 Leistungsdauer

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

12 Garantiert steigende Beitragsbefreiung

Sofern vereinbart gilt: Nach Beginn der Leistungspflicht aus der BUZ wird zu den planmäßigen Erhöhungsterminen aus den erhöhten Beiträgen die Hauptversicherungssumme (ggf. auch Zu-satzversicherungen außer BUZ) ohne erneute Gesundheitsprüfung nach dem jeweiligen Tarif be-rechnet und es entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung für die Haupt- und Zusatzversicherungen einschließlich der Erhöhungen entsprechend dem Grad und dem Zeitraum der anerkannten Lei-stungspflicht für Ansprüche aus der BUZ.

13 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 Ver-sicherungsjahres, das auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt. Die Höhe der Rentensteige-rung ergibt sich aus dem vereinbarten Steigerungssatz (bei BUZ 4U max. 1%) und der auf das Versicherungsjahr bezogenen garantierten Vorjahresrente.

14 Freiwerdende Beitragsteile bei Ablauf von Zusatzversicherungen

Die Erhöhung erfolgt bis zu bestimmten Höchstgrenzen, die in der Police genannt sind.

15 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. Die letzte Erhöhung erfolgt im letzten Jahr vor dem frühestmöglichen Rentenbeginn (bei Kapital-tarifen: der frühesten Kapitalabrufmöglichkeit), jedoch nicht später als bis zur letzten Hauptfällig-keit. Sofern eine BU-Rente vereinbart wurde, wird diese nach Ablauf von 2/3 der BU-Versicherungs-dauer (bei BU 4U und 4U *care* ab dem 11. Jahr) nicht mehr dynamisiert. Zu diesem Zeitpunkt er-folgt eine Umstellung von Voll- bzw. Hauptdynamik auf Teildynamik. Sofern Sie uns nachweisen, dass eine weitere Dynamik wirtschaftlich angemessen ist, kann diese als Voll- bzw. Hauptdynamik weitergeführt werden. GGF-Versorgungen werden nach Ablauf von 2/3 der BU-Versicherungsdauer nicht automatisch umgestellt. **Der Umfang der Erhöhung errechnet sich aus dem Erhöhungs-beitrag und u.a. dem dann erreichten Eintrittsalter.** Sofern Sie eine garantiert steigende Beitrags-befreiung vereinbart haben, werden die dynamisierten Beiträge der Hauptversicherung bei Berufs-unfähigkeit von Swiss Life erbracht. Hierbei wird der für die garantiert steigende Beitragsbefreiung vereinbarte Dynamikssatz angewendet.

Es werden bei

- **Volldynamik** die Versicherungsleistungen der Haupt- und Zusatzversicherungen,
- **Teildynamik** nur die Versicherungsleistungen der Hauptversicherung und ggf. der Versiche-rungsumfang der BUZ zur Beitragsbefreiung,
- **Hauptdynamik** die Versicherungsleistungen der Hauptversicherung und der(ggf. am längsten laufenden) BUZ erhöht.

Die Erhöhung des Beitrags erfolgt bei

- **Form A** im selben Verhältnis, in dem der Höchstbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung in den alten Bundesländern gestiegen ist, jedoch mindestens um 5 und höchstens um 10%,
- **Form B** um einen festen Prozentsatz, der zwischen 2 und 10% (bei Risikoversicherung T940 max. 5%, bei BUZ 4U und 4U *care* max. 3%) festgelegt werden kann,
- **Form C** um denselben Betrag, um den der Höchstbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung in den alten Bundesländern gestiegen ist (100%), oder auch um 50% oder 33,33% dieses Betrags (nicht möglich bei Hauptdynamik),
- **Form D** (Gehaltsdynamik bei Rückdeckungsversicherungen): Die Versicherungssummen der Haupt- und Zusatzversicherungen erhöhen sich auf Antrag einmal im Kalenderjahr im selben Verhältnis, in dem das Gehalt gegenüber dem Vorjahr steigt, höchstens jedoch um 10%. Die Erhöhung des Beitrags errechnet sich aus der beantragten Summenerhöhung. Swiss Life ist berechtigt, Nachweise über Art und Umfang der Gehaltserhöhung anzufordern.
- **Form O:** wie bei Form A; die Beitragserhöhung erfolgt jedoch höchstens soweit, dass der durch die Erhöhung fällige Gesamtbeitrag 4% der dann gültigen Beitragsbemessungsgrenze zur all-gemeinen Rentenversicherung nicht überschreitet.
- **Form P:** wie bei Form A; die Beitragserhöhung erfolgt jedoch höchstens soweit, dass der durch die Erhöhung fällige Gesamtbeitrag die Summe aus 1.800 Euro und 4% der dann gültigen Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung nicht überschreitet.

16 Beitrag

Der Inkassobeitrag ist der um Vergünstigungen und/oder verrechnete Überschussanteile (s. Hin-weise bei Nr.7) verminderte Tarifbeitrag. Bei Wegfall der Voraussetzungen für die Vergünstigungen oder bei Verringerung der Überschussanteile erhöht sich der zzt. zu zahlende Beitrag. Bei nicht rechtzeitigem Beitragszahlung kann ein Zinsausgleich gefordert werden.

17 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, Chemika-
lien)

☐ nein

2. Welche Beschwerden/Symptome liegen/ la- gen vor? (Mehrfachnennungen möglich)

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

* falls Hautreaktionen vorliegen, bitte den Frage-
bogen „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, Bronchi-
tis oder Asthma beantworten Sie bitte zusätz-
lich 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 Lungenerkran- kungen? (z.B. chronische Bronchitis, Lungen- emphysem)

- ☐ ja;
☐ nein

4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufge- treten?

5. Sind Sie völlig beschwerdefrei?

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

FRAGEBOGEN: ALLERGIE/ASTHMA

versicherte Person

Versicherung Nr.

(sofern vorhanden)

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

☐ ja, ständig

☐ ja, bei Bedarf

☐ ja, bis

Name des Präparates:

☐ nein

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

☐ ja; von bis

von bis

☐ nein

8. Rauchen Sie?

☐ ja; Zigaretten pro Tag

☐ nein

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

☐ ja; von bis

von bis

☐ nein

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

☐ ja; wann und weshalb

☐ nein

11. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

☐ ja

☐ nein; Einschränkungen

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

☐ ja; % GdB

☐ nein

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

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

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

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. der gesetzl. Vertreter

X

Unterschrift der versicherten Person, bei Minderjährigen zusätzlich der gesetzlichen Vertreter

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



FRAGEBOGEN: Tauchen (Hobby)

Versicherungsnehmer Antrag vom
(sofern vorhanden)

versicherte Person Versicherung Nr.
(sofern vorhanden)

1. Welche Tauchsportaktivitäten üben Sie aus?

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

2. Sind Sie als Tauchlehrer oder Tauchtrainer tätig?

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

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

4. Wie tauchen Sie?

- ☐ alleine ☐ paarweise ☐ in Gruppen

5. Wie häufig tauchen Sie?

Anzahl der Tauchgänge im vergangenen Jahr

Anzahl der Tauchgänge im laufenden Jahr

Anzahl der geplanten Tauchgänge in den kommenden 12 Monaten

6. Wie tief tauchen Sie maximal?

Meter

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

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

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

FRAGEBOGEN: Tauchen (Hobby)

versicherte Person

Versicherung Nr.

(sofern vorhanden)

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

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

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. der gesetzl. Vertreter

X

Unterschrift der versicherten Person, bei Minderjährigen zusätzlich der gesetzlichen Vertreter

FRAGEBOGEN: PSYCHE

Versicherungsnehmer Antrag vom
(sofern vorhanden)

versicherte Person Versicherung Nr.
(sofern vorhanden)

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

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

2. Wie lautete die genaue Diagnose des behandelnden Arztes?

3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

4. Wie oft treten/traten die Beschwerden auf?

- ☐ einmalig
- ☐ mehrmalig/schubweise

wann

wie oft

in welchen Abständen

wann zuletzt

☐ ständig

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

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

(Fortsetzung Frage 5)

☐ Folgen einer anderen Erkrankung

welche

☐ unbekannt

☐ sonstige

6. Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

☐ keine

☐ ambulante Behandlung bei

☐ Hausarzt

☐ Facharzt

☐ Psychologe/Psychotherapeut

☐ stationärer Aufenthalt

wann

wo

☐ Medikamente:

welche

wie oft ☐ ständig ☐ bei Bedarf

☐ Gesprächstherapie

von bis

von bis

wo

(Name und vollständige Adresse des Arztes)

☐ sonstige

7. Nehmen sie derzeit Medikamente ein?

☐ ja; welche

(Medikamentennamen)

Dosierung

☐ nein; seit

FRAGEBOGEN: PSYCHE

versicherte Person

Versicherung Nr.

(sofern vorhanden)

8. Ist die Behandlung abgeschlossen?

☐ ja; seit

☐ nein; weitere Behandlungen

(auch geplante oder angeratene)

9. Sind Sie völlig beschwerdefrei?

☐ ja; seit

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

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

☐ ja; wann

welche

☐ nein

11. Waren Sie wegen dieser Beschwerden arbeitsunfähig?

☐ ja; von bis

von bis

☐ nein

12. Können/konnten Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

☐ ja

☐ nein; Einschränkungen

13. Haben sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?

☐ ja; wann

weshalb

womit

☐ nein

14. Nahmen/nehmen Sie Drogen oder Betäubungsmittel?

☐ ja; wann

welche

☐ nein

15. Bestand/besteht eine Alkoholkrankheit?

☐ ja; von bis

Entziehungskur ☐ ja ☐ nein

von bis

☐ nein

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

☐ ja; welche

☐ nein

☐ unbekannt

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

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

FRAGEBOGEN: PSYCHE

versicherte Person

Versicherung Nr.

(sofern vorhanden)

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

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. der gesetzl. Vertreter

X

Unterschrift der versicherten Person, bei Minderjährigen zusätzlich der gesetzlichen Vertreter

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.

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

- 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:

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:

8. 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