

# Antrag auf Abschluss einer MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung,

## Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots beim Konsortium MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung

Bestimmten besonders gefährdeten Berufen kann aus Risikogründen kein durchgängiger Berufsunfähigkeitsschutz bis zum Alter 62, 65 oder 67 angeboten werden. Der Versicherungsschutz für diese Berufe beschränkt sich ab einem bestimmten Alter auf die Absicherung der Erwerbsunfähigkeit. Im Folgenden werden einige ausgewählte Beispiele angeführt.

- ▶ Schiffsoffizieren kann Berufsunfähigkeitsschutz nur bis Endalter 50 angeboten werden.
- ▶ Fluglotsen/innen kann Berufsunfähigkeitsschutz nur bis Endalter 53 angeboten werden.
- ▶ Piloten/innen und Flugbegleiter/innen erhalten einen Berufsunfähigkeitsschutz nur bis Endalter 55.

Ab diesem Alter sind diese Berufe nur gegen Erwerbsunfähigkeit abgesichert (temporäre Erwerbsunfähigkeitsversicherung).

### Präambel

Das Konsortium\* MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung unter Federführung der Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, übernimmt den Versicherungsschutz entsprechend den maßgebenden Bedingungen, sofern die versicherte Person erklärt, zum Zeitpunkt der Antragstellung folgendem Personenkreis anzugehören:

- ▶ Arbeitnehmer/innen, die in einem Unternehmen beschäftigt sind, das einer der Branchen des Versorgungswerks MetallRente angehört (zurzeit Metall-, Elektro-, Stahl-, Holz-, IT-, Kunststoff-, Textil- und Bekleidungsindustrie) – unabhängig davon, ob diese tarifgebunden sind oder nicht.
- ▶ Arbeitnehmer/innen, die in einem Unternehmen beschäftigt sind, das die betriebliche Altersversorgung über das Versorgungswerk MetallRente organisiert.
- ▶ Darüber hinaus können auch Ehepartner, Lebenspartner im Sinne des LPartG und Lebensgefährten von Arbeitnehmer/innen, für die über die MetallRente eine Berufsunfähigkeits- oder Altersvorsorge besteht, versichert werden. Voraussetzung für die Anerkennung als Lebensgefährte ist, dass er nicht verheiratet ist und ein gemeinsamer Haushalt mit dem Arbeitnehmer innerhalb der gleichen Wohnung nachweislich mindestens zwei Jahre besteht.
- ▶ Selbstständige, deren Unternehmen einer der Branchen des Versorgungswerks MetallRente angehört (zurzeit Metall-, Elektro-, Stahl-, Holz-, IT-, Kunststoff-, Textil- und Bekleidungsindustrie) – unabhängig davon, ob diese tarifvertragsgebunden sind oder nicht.
- ▶ Selbstständige, die für ihr Unternehmen die betriebliche Altersversorgung im Rahmen eines Durchführungsvertrags der betrieblichen Altersversorgung über das Versorgungswerk MetallRente organisiert.
- ▶ Kinder, wenn für einen Elternteil über die MetallRente eine Berufsunfähigkeits- oder Altersvorsorge besteht.

Auf Verlangen ist die Zugehörigkeit nachzuweisen.

### Vertragsgesellschaften des Konsortiums MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung

- ▶ Konsortialführer  
Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland,  
im Folgenden „Swiss Life“ genannt
- ▶ Konsortialmitglieder  
Allianz Lebensversicherungs-AG  
R+V Lebensversicherung AG  
ERGO Lebensversicherung AG

### Tarif

130	<b>MetallRente.BU</b> Berufsunfähigkeitsversicherung
130	<b>MetallRente.BU care</b> Berufsunfähigkeitsversicherung mit lebenslanger Rente bei Pflegebedürftigkeit
132	<b>MetallRente.BU 4U</b> Berufsunfähigkeitsversicherung für junge Leute in Ausbildung
132	<b>MetallRente.BU 4U care</b> Berufsunfähigkeitsversicherung für junge Leute in Ausbildung mit lebenslanger Rente bei Pflegebedürftigkeit

<b>Dynamik</b>	Laufende Erhöhung der Beiträge und – daraus berechnet – der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung
----------------	---

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

FD	Vermittler Nr.	-	-	-	-	-
VVR-Nr.	-	-	-	-	-	-
Referenz-Nr.						

### I. Versicherungsnehmer/in (Antragsteller/in), zugleich zu versichernde Person, Beitragszahler/in und Bezugsberechtigte/r

Herr	Frau	Name (Geburtsname), Vorname, Titel	1. Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort (= Erstwohnsitz in BRD)
Name und Anschrift des Arbeitgebers in Deutschland		ausübte Tätigkeit	
Geburtsort	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) <sup>1</sup>	Branche bzw. Studiengang und Semester	Telefon (Angabe freiwillig <sup>2</sup> )

### II. Erklärung zum Personenkreis

<input type="checkbox"/> Ich bin Arbeitnehmer/in eines Unternehmens, das einer der Branchen des Versorgungswerks MetallRente angehört oder das die betriebliche Altersversorgung über das Versorgungswerk MetallRente organisiert	<input type="checkbox"/> Ich bin Selbstständige/r eines Unternehmens ...
<input type="checkbox"/> Ich bin Partner/in oder Kind eines/r versicherten Arbeitnehmers/in bzw. eines/r Selbstständigen	Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Versicherten, Vertragsnummer

### III. Technische Daten der Versicherung

Versicherungsbeginn 0 1 2 0 1	4U <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> »care«-Option	Versicherungsdauer <sup>3</sup> Jahre <input type="checkbox"/> Monate	Leistungsdauer <sup>4</sup> Jahre <input type="checkbox"/> Monate	bei Stufentarif <sup>5</sup> : Dauer der 1. Stufe <input type="checkbox"/> Jahre (3, 4 oder 5)
garantierte monatliche Rente bei BU <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	davon begrenzt gegen Berufsunfähigkeit versichert <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Jahre	Karenzzeit <sup>7</sup> 0 Monate	garantierte Rentensteigerung <sup>8</sup> (0, 1, 2 oder 3%)	Leistungsregelung Pauschalregelung (50%) abweichend: <input type="checkbox"/> Staffelregelung (25-75%)
Beitrag <sup>9</sup> gewünschte Zahlungsweise <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/12	Tarifeintrag <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	zzt. zu zahlender Beitrag <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	bei Stufentarif: Anfangsbeitrag (Tarifeintrag) <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €	bei Stufentarif: Anfangsbeitrag (zzt. zu zahlender Beitrag) <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> €
Dynamik (Form B) <sup>10</sup>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	jährliche Steigerung des Beitrags 2-5% (2-3% bei 4U)	%

Nachversicherungsgarantie<sup>11</sup>  
Die Nachversicherungsgarantie ist automatisch eingeschlossen, wenn die Summe aller bei Swiss Life beantragten und bestehenden BU-Renten inkl. Bonus und Erhöhungen weniger als 2.500 Euro betragen. Mit dieser Nachversicherungsgarantie können Sie die beantragte BU-Rente um 100% der Anfangsrente, jedoch max. auf 2.500 Euro BU-Rente, erhöhen.  
Sie können die Grenze von 2.500 Euro auf max. 4.000 Euro BU-Rente anheben. Hierbei darf die Summe aller beantragten und bestehenden BU-Renten inkl. Bonus und Erhöhungen bei Swiss Life max. 4.000 Euro betragen. **Für diese Anhebung ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich.**

Ja, Einschluss der Nachversicherungsgarantie mit ärztlicher Untersuchung erwünscht

### IV. SEPA-Lastschriftmandat bis auf Widerruf

IBAN	Prüfziffer	Bankleitzahl	<input type="checkbox"/>	Kontonummer	BIC	Geldinstitut
D E						

(mit Nullen auffüllen)

### Angaben zum Geldwäschegesetz

- a) Über Sie als Versicherungsnehmer oder der ggf. abweichende wirtschaftlich Berechtigte ein öffentliches Amt aus (z.B. Staats- oder Regierungschef, Botschafter, Parlamentsmitglied, Minister, Mitglied der Aufsichtsräte staatlicher Unternehmen) oder sind Sie ein unmittelbares Familienmitglied einer solchen Person?  ja  nein
- b) Der Versicherungsnehmer ist wirtschaftlich Berechtigter
- c) Identifizierung des Versicherungsnehmers (wenn kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wird)  
Personliche Identifizierung des Versicherungsnehmers (natürliche Person) erforderlich durch  
 Personalausweis  Reisepass  Nr.

ausstellende Behörde, gültig bis

### V. 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 dem Konsortium MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung 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.

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. Besondere Vereinbarungen

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

Zutreffendes bitte ergänzen bzw. ankreuzen

- B. Fragen zur beruflichen Situation**
- Üben Sie Ihre aktuelle berufliche Tätigkeit ununterbrochen seit mindestens 3 Jahren aus (ohne Ausbildungs-/Anlernzeit)?  ja  nein
  - Welche weiteren beruflichen Tätigkeiten haben Sie in den letzten 5 Jahren ausgeübt?
  - Welche berufliche Ausbildung haben Sie?
  - Sind Sie angestellt?  ja  nein
  - Bei Selbstständigen: Seit wann sind Sie selbstständig?  ja  nein
  - Zu wie viel Prozent üben Sie Bürotätigkeiten (Innendienst) aus?  unter 75%  75% bis 99%  100%
  - Zu wie viel Prozent sind Sie körperlich tätig?  %
  - Für wie viele sozialabgabepflichtige Mitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung?

<sup>1-11</sup> = Ergänzende Informationen siehe Rückseite

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.

### C. 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.	MetallRente.BU	€	
aktueller Antrag	MetallRente.BU	€	X
Summe der Jahresrenten:		€	

### D. 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?  ja  nein Wenn ja, bitte Fragebogen Vorversicherung ausfüllen.  
Wenn ja, welchen?
2. Sind Sie im Beruf besonderen Gefahren (z.B. Flugrisiko\*, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen\*, Aufenthalt in Krisengebieten\*) ausgesetzt oder beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 6 Monate einen Wechsel in einen Beruf mit besonderen Gefahren? \* wenn ja, bitte Fragebogen berücksichtigen  ja  nein Wenn ja, welche?
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)  ja  nein Wo, Zeitraum, Grund?
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, welche?
5. Besteht eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung, ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung?  ja  nein Wenn ja, aufgrund welchen Leidens?
6. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? (Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und Erkrankung beifügen)  ja  nein Wenn ja, aufgrund welchen Leidens?
7. Beziehen bzw. bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder wegen eines Unfalls oder ist eine Rente aus gesundheitlichen Gründen beantragt? (Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und Erkrankung beifügen)  ja  nein
8. Körpergröße in cm  Gewicht in kg  Wenn BMI <18,5 - bitte Fragebogen Untergewicht ausfüllen<sup>12</sup>
9. Wer ist Ihr Hausarzt, bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?  
Name  vollständige Anschrift/Fachrichtung

### E. Versicherung ohne ärztliche Untersuchung (Wenn eine der Gesundheitsfragen mit Ja beantwortet wird, bitte unter F. 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 \* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen Psyche berücksichtigen
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 \* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen
- b) der **Lunge, Bronchien, Zwerchfell** (z.B. chronische Bronchitis, Asthma\*, Atemwegsprobleme)?  ja  nein \* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen
- c) an **Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber** (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?  ja  nein
- d) an **Harn- und Geschlechtsorganen** (z.B. Nieren, Blase, Prostata, Unterleib, Brust)?  ja  nein \* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen
- e) des **Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfett erhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse\*)?  ja  nein \* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen
- f) der **Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen** (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie)?  ja  nein
- g) akute oder chronische **Infectionen** (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose)?  ja  nein \* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen
- h) der **Psyche\*** (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, Psychose, Persönlichkeitsstörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burn-Out-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Essstörung)?  ja  nein \* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen
- i) des **Gehirns oder Nervensystems** (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne\*)?  ja  nein \* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen
- j) der **Wirbelsäule\*, Bandscheibe** (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenverkrümmung)?  ja  nein \* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen

\* Wenn ja, bitte den jeweiligen Fragebogen zusätzlich ausfüllen. Dies beschleunigt die Antragsbearbeitung und erspart Rückfragen.

<sup>12</sup> = Ergänzende Informationen siehe Rückseite

k) der <b>Knochen, Gelenke*, Bänder*, Sehnen*</b> (z.B. Verschleißerkrankung, rheumatische Beschwerden oder Knieverletzung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen
l) der <b>Haut*, Allergien*</b> (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt-]Ekzem, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	* wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen
m) der <b>Augen:</b> Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien? (bei Lasik Dioptrien vor Operation angeben)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
andere (z.B. Sehstörung, Astigmatismus, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	links
n) der <b>Ohren</b> (z.B. Tinnitus, vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	rechts
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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Nehmen oder nahmen Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich oder vierteljährlich) apotheekenpflichtige Arzneimittel zu sich? Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Waren Sie <b>in den letzten 3 Jahren</b> mehr als 10 Kalendertage ununterbrochen erkrankt/arbeitunfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**F. Wenn eine der Gesundheitsfragen (E.) 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 von der zu versichernden Person unterschrieben ist.

**G. Versicherung mit ärztlicher Untersuchung**

(Bei einer BU-Rente von mehr als 2.500 Euro monatlich; jeweils inkl. bestehender Versicherungen bei Swiss Life oder bei Einstchluss 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 D.9. eintragen)

**VI. 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, als Konsortialführerin des Konsortiums MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung (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 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 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. 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 einzuspalten. Swiss Life benötigt Ihre Einwilligung und Schweigeplichtbindung, 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 Schweigeplicht.

#### 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 Schweigeplichtbindung 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/schweigeplicht](http://www.swisslife.de/schweigeplicht) 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 Schweigeplicht.

#### 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 möglicherweise 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 Schweigeplicht.

#### 3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationsystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationsystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, [www.informa-irfp.de](http://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 Schweigeplichtbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für Swiss Life tätigen Personen von ihrer Schweigeplicht, 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 Risikoabschlag, 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 Risikoabschläge 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 Risikoabschläge 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 zur 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.

## VII. Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Folgeseite die verbindliche „Schlusserklärung von Versicherungsnehmer/in und zugleich zu versichernder Person“ und die Vereinbarung zum Tarif auf dem Deckblatt.

Diese Erklärungen enthalten u.a. Informationen zu den Regeln der Kostenverrechnung, insb. des Vertragsabschlusses (F.) und zum Widerrufsrecht (B.). Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärung zum Inhalt dieses Antrags. Darüber hinaus bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Besondere Mitteilung zu den Rechtsfolgen einer Anzeigeplichtverletzung 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	Unterschrift des Versicherungsnehmers/ zu versichernde Person	Anlagen: <input type="checkbox"/> abgedruckt nach der Schlusserklärung	Anzahl Fragebögen <input type="checkbox"/>
Ort, Datum	beim Minderjährigen zusätzlich Unterschriften und Anschriften der gesetzlichen Vertreter	Anzahl sonstige <input type="checkbox"/>	Welche? <input type="checkbox"/>
<b>Ich bestätige zusätzlich die Richtigkeit der Angaben zum Geldwäschegebot</b>			
Vermittler		<input type="checkbox"/>	
Police: <input checked="" type="checkbox"/> direkt an VN <input type="checkbox"/> direkt an Vermittler/in Kopie: <input type="checkbox"/> an VN <input checked="" type="checkbox"/> an Vermittler/in			

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

Ich ermächtige Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, (Gläubiger-Identifikationsnummer DE20ZZZ0000042095) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich meinen genannten Zahlungsdienstleister an, die von Swiss Life auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Weisung: 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
------------	--------------------------------

* abgedruckt nach der Schlusserklärung	Unterschrift Versicherungsnehmer/in
--	-------------------------------------

bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften und Anschriften der gesetzlichen Vertreter

\* abgedruckt nach der Schlusserklärung

## **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 (Invitationmodell). 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 401709  
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 **groß 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 groß 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 zugleich zu versichernde 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 den Vermittler ausgefüllt. Nebenabreden sind zwingend auf dem Antrag zu vermerken.

## B. Widerrufsrecht

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

### Swiss Life AG

#### Niederlassung für Deutschland

Berliner Straße 85  
80805 München  
Fax: 089/38109-4405  
E-Mail: info@swisslife.de

Die Widerrufsbelehrung erfolgt im Versicherungsschein.

## C. Antragsdurchschrift

Eine Kopie des Versicherungsantrags ist mir nach dessen Unterzeichnung sofort auszuhandigen.

## D. Versicherungsbedingungen

Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist Deutsch. Der vorläufige Versicherungsschutz wird im Rahmen der bei der MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung 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 einer MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung 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.

### Hinweis zum vorläufigen Versicherungsschutz:

Sie haben vorläufigen Versicherungsschutz spätestens ab Zugang Ihres Antrags beim Konsortialführer Swiss Life. Bei Antragstellung über ein Konsortialmitglied beginnt der vorläufige Versicherungsschutz bereits ab Zugang Ihres Antrags bei der Hauptverwaltung des Konsortialmitglieds (nicht ausreichend ist also der Zugang beim Abschlussvermittler); dies gilt jedoch nur, sofern der Antrag der Swiss Life binnen einer Frist von 5 Werktagen ab Zugang beim Konsortialmitglied zugeht. Wird diese Frist überschritten, beginnt der vorläufige Versicherungsschutz ab Zugang Ihres Antrags bei Swiss Life.

## 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 führen zu erheblichen wirtschaftlichen Nachteilen. Bei Kündigung einer Risikoversicherung fällt keine oder nur eine geringe 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.

## Wichtiger Hinweis!

Ihre Beiträge sind gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit. Vermittler für das Konsortium MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung 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 das nicht gelingen, können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:  
**Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.**

Daneben sind die Gesellschaften des Konsortiums MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung Mitglied im Verein Versicherungsbudmann 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:  
Versicherungsbudmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin,  
E-Mail: beschwerde@versicherungsbudmann.de

### Sicherungsfonds

Die Gesellschaften des Konsortiums MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung sind auch Mitglieder 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 Neu antrags- 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

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland  
Amtsgericht München HRB 120565  
Hauptbevollmächtigter für Deutschland:  
Dr. Tilo Finck  
Berliner Straße 85 · 80805 München  
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

Deutsche Bank AG  
IBAN DE93 7007 0010 0002 1302 43  
BIC DEUT DE MM XXX  
Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095  
Service Center BU  
Telefon (089) 3 81 09 - 1013  
Fax (089) 3 81 09 - 4776

## Ergänzende Informationen

### 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 nächsthöhere 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 Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer bezeichnet den Zeitraum ab Versicherungsbeginn (vorläufiger Versicherungsschutz ausgenommen), für die Beiträge berechnet werden. Sie bestimmt den Endtermin, bis zu dem ein Versicherungsfall spätestens eintreten muss, damit ein Leistungsanspruch entstehen kann. Bitte tragen Sie hier die Anzahl der Versicherungsjahre ein (nicht das Endalter).

### 4 Leistungsdauer

Die Leistungsdauer beschreibt den Zeitraum ab Versicherungsbeginn, für den aus der Berufsunfähigkeitsversicherung Leistungen längstens erbracht werden können.

### 5 Stufentarif

Der günstige Einstiegsbeitrag bei vollem Versicherungsschutz von Anfang an ist speziell für junge Leute zwischen 15 Jahren und 30 Jahren. Bei diesem Tarif erhöht sich der Anfangsbeitrag (Beitrittsstufe 1) – je nach Vereinbarung – nach Ablauf des 3., 4. oder 5. vollen Versicherungsjahres auf den Tarifbeitrag der Beitragsstufe 2 bei unveränderten versicherten Leistungen.

### 6 davon begrenzt gegen Berufsunfähigkeit versichert

Bestimmten Berufen kann aus Risikogründen kein durchgängiger Berufsunfähigkeitschutz bis zum Ende der Versicherungsdauer angeboten werden, sondern nur bis zu einem bestimmten Alter. Danach sind diese Berufe nur gegen Erwerbsunfähigkeit abgesichert.

In solchen Fällen übernehmen Sie bitte hier die Anzahl der Jahre mit BU-Versicherungsschutz aus dem Berechnungsvorschlag der Angebotssoftware.

Beispiel: Versicherungsdauer bis 65, Eintrittsalter 25 Jahre, BU-Schutz bis 60: dann tragen Sie in dieses Feld „35“ ein.

Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge ärztlich nachweisbarer Krankheit, Gebrechen oder Schwäche ihrer körperlichen und geistigen Kräfte voraussichtlich mindestens sechs Monate lang außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Der Erwerbsunfähigkeit wird Pflegebedürftigkeit im Sinne von Abschnitt 1 der Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung gleichgestellt.

Während der Gültigkeit der vorstehenden Vereinbarung wird in den Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung das Wort „Berufsunfähigkeit“ durch „Erwerbsunfähigkeit“ und das Wort „berufsunfähig“ durch „erwerbsunfähig“ ersetzt. Sofern diese Klausel zutreffen sollte, weisen wir in den vorvertraglichen Informationen und im Versicherungsschein ausdrücklich darauf hin.

### 7 Karenzzeit

Ein erstmaliger Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung entsteht mit dem Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit und nach Ablauf der vereinbarten leistungsfreien Kalendermonate (Karenzzeit). Es ist keine Karenzzeit vereinbart (0 Monate).

### 8 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 MetallRente.BU 4U max. 1%) und der auf das Versicherungsjahr bezogenen garantierten Vorjahresrente.

### 9 Beitrag

Der zzt. zu zahlende Beitrag ist der um verrechnete Überschussanteile (siehe Hinweis „Überschussbeteiligung“) verminderte Tarifbeitrag. Bei Verringerung der Überschussanteile erhöht sich der zzt. zu zahlende Beitrag. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung kann ein Zinsausgleich gefordert werden.

### 10 Dynamik

Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen – sofern vereinbart – erfolgen jährlich zu Beginn eines Versicherungsjahrs. Die erste Erhöhung erfolgt erst zu Beginn des übernächsten Versicherungsjahrs, falls der Versicherungsschein innerhalb der letzten 2 Kalendermonate vor Ablauf eines Versicherungsjahrs 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 MetallRente.BU 4U und 4U care max. 3%).

Sofern eine BU-Rente vereinbart wurde, wird diese nach Ablauf von 2/3 der BU-Versicherungsdauer (bei MetallRente.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.

### 11 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.

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.

Die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie muss mindestens 100 Euro monatliche Rente bei Berufsunfähigkeit betragen. Zum Erhöhungspunkt findet eine wirtschaftliche Risikoprüfung und eine Einstufung mit dem dann ausgeübten Beruf statt. Einzelheiten stehen in den allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs.

### 12 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

Falls risikoerhebliche Umstände vorliegen, die mit \* gekennzeichnet sind, bitten wir Sie, den entsprechenden Fragebogen zusätzlich auszufüllen. Das erspart u.U. zusätzliche Rückfragen.

- Fragebogen Allergie/Asthma
- Fragebogen Auslandsaufenthalt
- Fragebogen Bergsport
- Fragebogen Gelenke/Bänder/Muskeln
- Fragebogen Hauterkrankungen
- Fragebogen Kampfsport
- Fragebogen Kopfschmerzen/Migräne
- Fragebogen Luftfahrt
- Fragebogen Motorsport
- Fragebogen Psychische Erkrankungen
- Fragebogen Radioaktive Stoffe
- Fragebogen Reitsport
- Fragebogen Schilddrüsenerkrankungen
- Fragebogen Tauchen
- Fragebogen Untergewicht
- Fragebogen Verletzungen-Unfall
- Fragebogen Vorversicherung
- Fragebogen Wirbelsäulerkrankungen

Diese Fragebögen finden Sie auch in der Rubrik Kundenservice auf [www.swisslife.de](http://www.swisslife.de) (Rubrik Kundenservice).

### Überschussbeteiligung

Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit werden die Überschüsse mit den Beiträgen verrechnet. Bei laufenden BU-Renten erfolgt die Überschussbeteiligung in Form einer variablen Rentensteigerung ab dem auf den BU-Eintritt folgenden Versicherungsjahr. Der Steigerungssatz wird jährlich neu festgelegt.

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

## 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

## 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)

### 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.

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

**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

### 3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

stationärer Aufenthalt

wann

wo

Medikamente:

welche

wie oft  ständig  bei Bedarf

Gesprächstherapie

von bis

von bis

wo

(Name und vollständige Adresse des Arztes)

sonstige

### 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

### 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, 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 zu machenden Angaben.  
Bitte ausfüllen und dem Antrag beifügen!

## FRAGEBOGEN: WIRBELSÄULE

Versicherungsnehmer

Antrag vom

(sofern vorhanden)

versicherte Person

Versicherung Nr.

(sofern vorhanden)

### 1. Üben Sie eine wirbelsäulenbelastende Tätigkeit aus?

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

ja

nein

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

ja

nein

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

(Mehrfachnennungen möglich)

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

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

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

ja

nein

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

ja, welche:

wann:

nein

### 4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

# FRAGEBOGEN: WIRBELSÄULE

versicherte Person

Versicherung Nr.

(sofern vorhanden)

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

- keine Beschwerden/keine Behandlungen
- einmalig: wann
- mehrmalig; wann zuletzt
- dauernd/chronisch

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

- ja; insgesamt weniger als 5 Tage

Zeitpunkt

- ja; insgesamt mehr als 5 Tage

Zeitpunkt

- nein

**7. Sind Sie völlig beschwerdefrei und benötigen keinerlei Behandlungen?**

- ja, seit:

- nein

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

- ja; Zeitpunkt

- nein

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

(Name und vollständige Adresse)

[Redacted address lines]

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

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