

Antrag auf

- Berufsunfähigkeitsversicherung
- Erwerbsunfähigkeitsversicherung

L 2635

Belegnummer 17022	Versicherungsnummer	RINR
Bereits Kunde? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherungs-/Kundenummer:	

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

1 Antragsteller (Versicherungsnehmer)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Sonst.	Name, Vorname (Name und Vorname sind mit Komma zu trennen)	Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit
	1 Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)		Ausland
	Berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> voll berufstätig,	Art des Betriebes, der Branche, Behörde, Dienststelle	
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger/Firma/Verein <input type="checkbox"/> Angest./Arbeiter im öff. Dienst <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Hausfrau/nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Kind/Schüler/Student <input type="checkbox"/> Rentner	überwiegend tätig: <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> kaufmännisch/leitend	
2	3	4	5
Telefon-Nr. *	Telefax-Nr. *	E-Mail Adresse *	Mobilfunk-Nr. *

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag unter den Ziffern 1, 2, 3, 4, 5 für die Brief-, Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen. * freiwillige Angaben

2 Versicherte Person, falls nicht Versicherungsnehmer

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname (Name und Vorname sind mit Komma zu trennen)	Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit
	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)		Ausland
	Berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> voll berufstätig,	Art des Betriebes, der Branche, Behörde, Dienststelle	
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Angest./Arbeiter im öff. Dienst <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Hausfrau/nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Kind/Schüler/Student <input type="checkbox"/> Rentner	überwiegend tätig: <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> kaufmännisch/leitend	

3 Versicherungsumfang - siehe Erläuterungen

Produktgruppe Collect: Antragstellung über Kollektivvereinbarung: _____

(GPNR: _____ / _____). Der Antragsteller bestätigt, zum berechtigten Personenkreis zu gehören (ggf. Mitgliedschaft beantragt).

Produkt	Produktgruppe	Sofern nichts angekreuzt ist, gilt Comfort.	Berufsgruppe	Monatsrente in EUR	Beitragszahlungs-/Versicherungsbeginn	Beitragszahlungs-Dauer	Beitragszahlungs-Endalter	Versicherungs-Dauer	Versicherungs-Endalter	Leistungs-Dauer	Leistungs-Endalter
<input type="checkbox"/> BUV	Comfort (311)										
<input type="checkbox"/> Premium BUV (PBUV)	Collect (312)										
<input type="checkbox"/> EUV	<input type="checkbox"/> _____ (____)										

Besondere Vereinbarungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung (BUV und PBUV) für bestimmte Berufsgruppen		Zahlung des Jahresbeitrages in ... Raten	Beitragsrate in EUR
<input type="checkbox"/> Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel (Beitragszuschlag erforderlich) <input type="checkbox"/> Feuerwehrdienstunfähigkeitsklausel (Beitragszuschlag erforderlich) <input type="checkbox"/> Dienstunfähigkeitsklausel für Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit (Beitragszuschlag erforderlich)	Umtauschrecht für <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter/Beamate auf Probe (2200301 beifügen)	<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> 1/4-j. <input type="checkbox"/> 1/2-j. <input type="checkbox"/> 1/1-j.	

Klauseln siehe Seite 5

Ich stimme zu, dass in Abweichung zu § 33 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 VVG der Versicherungsschutz nicht erst beginnen und der Erst- oder einmalige Beitrag nicht erst fällig sein soll mit Ablauf der 30-tägigen Widerrufsfrist, sondern unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem beantragten Beginn der Versicherung.

Überschussverwendung

Bei Fondsanlage die Anlagefonds: Alternativ: <input type="checkbox"/> Fondsanlage	<input type="checkbox"/> HANSAdynamic Class S Anteil _____ % <input type="checkbox"/> HANSACentro Class S Anteil _____ %	<input type="checkbox"/> HI Topselect W Anteil _____ % <input type="checkbox"/> HI Topselect D Anteil _____ %	Falls keine Prozentsätze angegeben sind, werden die Anteile gleichmäßig auf die gewählten Fonds verteilt.
---	---	--	---

Dynamik

Beitragsdynamik
Jährliche Erhöhung des zuletzt gültigen Beitrages um einen festen Prozentsatz _____ % (ganzzahlig von 3 bis 5 % - bis Eintrittsalter 27 Jahre nur 3 % möglich).

4 Bezugsberechtigung

Sofern nichts anderes bestimmt wird, ist bezugsberechtigt: - bei Ablauf der Versicherung bzw. bei Versicherungsleistungen während der Vertragsdauer: der Versicherungsnehmer; - beim Tode der versicherten Person: 1. der überlebende Ehegatte oder Lebenspartner, mit dem die versicherte Person im Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet war bzw. eine eingetragene Lebenspartnerschaft unterhielt, 2. die Kinder zu gleichen Teilen, 3. die Eltern, 4. die Erben (in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten).	Anderenfalls ist bezugsberechtigt (namentlich bezeichnen, ggf. auch Geburtsname) bei Ablauf der Versicherung bzw. bei Versicherungsleistungen während der Vertragsdauer _____ beim Tode der versicherten Person _____
---	--

5 Lastschriftzug

<input type="checkbox"/> Lastschriftzug Die Beiträge sollen bis auf Widerruf jeweils zum Ersten des Fälligkeitsmonats von meinem Konto eingezogen werden.	<input type="checkbox"/> Überweisung nach Zahlungsaufforderung (nicht bei monatlicher Zahlungsweise)	
Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut, PLZ Ort
Name des Kontoinhabers, wenn Antragsteller nicht Kontoinhaber (bitte auch Seite "intern" ausfüllen)		Unterschrift (nur wenn Kontoinhaber nicht Antragsteller)

6 Gesundheitserklärung und Angaben zur beruflichen Tätigkeit

Fragen an die versicherte Person

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen nachfolgend in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht).
Bitte beachten Sie die ausführliche Belehrung zu den Rechtsfolgen einer Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht auf Seite 4.

6.1 Allgemeine Fragen

6.1.1 Wurden in den letzten 5 Jahren bereits Anträge auf Lebens- und/oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-) Versicherung abgelehnt oder erschwert angenommen oder Beitragszuschläge bzw. Leistungseinschränkungen gefordert oder wurden Anträge bei anderen Versicherungen aus medizinischen Gründen nicht abschließend bearbeitet?
Wenn ja, bei welcher Versicherung?
Bitte ggf. Versicherungsnummer angeben.

nein ja

6.1.3 Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein Land außerhalb von Europa zu reisen?
Wenn ja: Welches Land? Wann? Wie lange? Art der Unterkunft (z. B. Hotel, Haus, Wohnung, Zelt, Großstadt, Kleinstadt, ländlich)?
Hygiene und ärztliche Versorgung westeuropäisch oder landestypisch?
Reisen Sie vor Ort? Ggf. womit und wohin?

nein ja

6.1.2 Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z. B. Flugrisiko, explosive/radioaktive/giftige oder infektiöse Stoffe, Aufenthalt in Krisengebieten), im Sport oder Hobby (z. B. Flug-/Luftsport, Drachenfiegen, Fallschirmspringen, Auto- oder Motorradsport, Rennfahrten, Bergsport, Tauchen, Kampfsportarten, Höhlenforschen, Wildwassersport, Extremsportarten) ausgesetzt?

6.2 Gesundheitsfragen

6.2.1 Körpergröße cm Körpergewicht kg

nein ja

6.2.2 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen

● des Herzens oder des Kreislaufs (z. B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzklappenfehler, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Arterienverkalkung, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Schwindel, Kollaps, Embolie, Thrombose, Venenleiden)?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

● der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenüberblähung/Emphysem, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörung, Schlafapnoe)?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

● des Magens, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Gallenblase (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Entzündungen im Bereich Speiseröhre/Magen/Darm, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Fettleber, Leberentzündung, erhöhte Leberwerte, Leberzirrhose, Gallensteine, Hämorrhoiden)?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

● der Nieren und Harnwege (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenfunktionsstörungen, Nierenversagen, Zystenniere, Blasenentzündungen, Blut oder Eiweiß im Urin)?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

● der Geschlechtsorgane (z. B. Prostata, Hoden, Gebärmutter, Eierstöcke, Scheide, Brust)? Gutartig? Bösartig?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

● der Haut (z. B. Ekzeme, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Muttermal-/Leberfleckenentfernung, Hautveränderungen, Verbrennungen)?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

Bei Muttermal-/Leberfleckenentfernung: Gutartig? Bösartig?

● des Bewegungsapparates (Finger, Hände, Arme, Beine, Füße, Rücken/Wirbelsäule), der Knochen, Gelenke (Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie- oder Sprunggelenke), Muskeln, Sehnen oder Bänder (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Verschleiß, Rückgrat- oder Wirbelsäulenverkrümmung, Nackenbeschwerden, Rückenbeschwerden, Bandscheibenvorfall oder -vorwölbung, Bechterew-Krankheit, Hexenschuss, Ischias, Meniskussschaden oder -verletzung/-verschleiß, Rheuma, Fibromyalgie, Bänderriss, Kreuzbandriss)?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

● des Gehirns oder des Nervensystems (z. B. Anfallsleiden/Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen, Taubheitsgefühl, Migräne, Kopfschmerz)?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

● der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit, Gesichtsfeld einschränkungen, Sehstörungen, erhöhter Augendruck, Hornhaut- oder Netzhauterkrankung, grüner/grauer Star, Schielen, Laserung)?
Bei Fehlsichtigkeit: bitte Dioptrienwerte angeben:
rechts links
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

● der Ohren (z. B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Tinnitus, Lärm(Knall)schaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

● des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit/Diabetes, Harnsäureerhöhung/Gicht, Fettstoffwechselstörung, Blutfetterhöhungen, erhöhte Cholesterinwerte, Schilddrüsenerkrankung)?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

nein ja

● des Blutes oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Blutkrebs/Leukämie, Gerinnungsstörungen, Blutarmut, Bluterkrankheit, Anämie, Eisenmangel)?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

● durch akute oder chronische Infektionen (z. B. Hepatitis/Leberentzündung, Malaria, Tuberkulose)?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

● psychosomatischer bzw. psychischer Ursache (z. B. Angststörung/-zustände, Stress- oder Erschöpfungszustand, Abgeschlagenheit, Belastungsreaktion, Tagesmüdigkeit, Burnout-Syndrom, Essstörung, Magersucht, Reizdarm, Neurose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS/ADHS), Psychose, Schizophrenie, Spielsucht)?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

6.2.3 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Betäubungsmittel/Drogen ein?
Wenn ja: Welche? Wann? Wie lange?

6.2.4 Nehmen Sie mehr als 5 Liter Bier oder mehr als 2,5 Liter Wein/Sekt oder mehr als 0,25 Liter Spirituosen pro Woche zu sich?
Wenn ja: Welche Art von Alkohol (z. B. Bier, Wein o. Ä.)? Wie oft?
In welchen Mengen?

6.2.5 Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt?
Wenn ja: Wann? Wo? Von wem?

6.2.6 Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre einen Selbstmordversuch unternommen?
Wenn ja: Wann?

6.2.7 Haben Sie sich einem oder mehreren operativen Eingriffen (stationär: innerhalb der letzten 10 Jahre; ambulant: innerhalb der letzten 5 Jahre) unterzogen - auch mittels Laser -, sich aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium aufgehalten?
Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?

6.2.8 Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus gesundheitlichen Gründen durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder andere Behandler (wie z. B. Heilpraktiker, Krankengymnasten, Physiotherapeuten) beraten, untersucht und/oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten?
Wenn ja: Wann? Warum? Welcher Arzt und/oder Behandler?

6.2.9 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 eine Woche ununterbrochen ein?
Wenn ja, Name der Medikamente, warum, wann und wie oft eingenommen?

6.2.10 Rauchen Sie mehr als 30 Zigaretten täglich?
Wenn ja: Wie viele täglich? Wenn nein: Haben Sie in den letzten 5 Jahren geraucht?
Seit wann sind Sie Nichtraucher?

6.2.11 Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?
Wenn ja: Wann?

6.2.12 Wurde bei Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 5 Jahren ein Befund festgestellt?
Wenn ja: Wann? Welcher Befund? Wurden Kontrollen angeraten?

6.2.13 Bestehen derzeit bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Behinderungen, Missbildungen, Folgen von oder Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen)?
Wenn ja: Was genau?

6.2.14 Wurde eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), eine Schwerbehinderung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder beantragt?
Wenn ja, seit wann und aus welchen Gründen?

Grad der Behinderung/Minderung der Erwerbsfähigkeit _____ %

6.2.15 Beziehen oder bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt?
Wenn ja, seit wann und aus welchen Gründen?

6.2.16 Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse am besten informiert? (Bitte Namen und Anschrift angeben)

6.3 Beruf und Einkommen

6.3.1 Bitte kennzeichnen Sie die Art Ihrer Tätigkeit:

Vollzeit Teilzeit _____ Std./Woche

befristet bis _____ ABM bis _____

Führungsverantwortung für _____ Mitarbeiter

Bürotätigkeit zu _____ %

handwerklich/körperlich tätig zu _____ %

künstlerisch/gestalterisch tätig zu _____ %

Reisetätigkeit zu _____ %
Ggf. Dauer, Anzahl und Ziel der Reisen angeben.

6.3.2 Haben Sie jemals aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?
Wenn ja: Wann und weshalb?

6.3.3 Beabsichtigen Sie, in den nächsten 12 Monaten Ihren Beruf zu wechseln (auch Wechsel von Arbeitnehmer in Selbstständigkeit und umgekehrt)?
Wenn ja: Welchen Beruf? Wann?

6.3.4 Bitte geben Sie Ihr derzeitiges Bruttomonatseinkommen sowie das gesamte Bruttojahreseinkommen der letzten beiden Jahre an (Angestellte: einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld; Selbstständige: Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern):

derzeit _____ EUR monatlich

Vorjahr _____ EUR pro Jahr

vorletztes Jahr _____ EUR pro Jahr

6.3.5 Wie hoch sind Ihre zu erwartenden Ansprüche bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit aus bereits bestehenden privaten Versicherungsverträgen?

Berufsunfähigkeit _____ EUR pro Jahr
Welche Versicherung? _____

Erwerbsunfähigkeit _____ EUR pro Jahr
Welche Versicherung? _____

Dienstunfähigkeit _____ EUR pro Jahr
Welche Versicherung? _____

Grundsätzlich ab einer BU-Jahresrente von über 24.000 EUR inkl. bereits bestehender BU-Vorverträge - auch bei anderen Versicherungen (ggf. auch in Einzelfällen bei geringeren BU-Jahresrenten):

Bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre von unabhängiger Stelle einreichen:

- Bei Angestellten, Geschäftsführern, Rückdeckungsversicherung: z. B. Dezember-Gehaltsabrechnungen einschließlich Nachweis des aktuellen/laufenden Bruttofestgehaltes, Einkommensteuerbescheide, Steuerberaterbescheinigungen
- Bei Selbstständigen/Freiberuflern: z. B. Jahresabschluss, G+V-Rechnung, (Dezember)-BWA des laufenden oder letzten Jahres, Steuerberaterbescheinigungen

Vollständigkeit der Angaben

Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig sind.

Beigefügt sind _____ Seiten als Anlage (bitte beachten: je Seite Unterschrift der versicherten Person erforderlich).

Ich reiche Unterlagen innerhalb von 14 Tagen nach.

7 Sonstiges

Erklärungen des Versicherungsnehmers und der versicherten Person

Einwilligung in die Verwendung Ihrer Daten in besonderen Fällen

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten. Darüber hinaus kann es auch bei der Bewertung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir Ihre Gesundheitsdaten überprüfen müssen.

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Der Versicherer wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler/Makler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler/Makler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler/Makler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Informationen zum Vermittler

Die Informationen nach § 11 (1) VersVermV und § 60 (2) VVG wurden übergeben und sind von mir zur Kenntnis genommen worden.

Vorvertragliche Anzeigepflicht/Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 VVG

Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:

Je nachdem, ob Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig, leicht fahrlässig oder schuldlos verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen.

Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Außerdem ist in diesem Fall der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Sofern Sie diese Anzeigepflicht verletzen, ohne dass Sie vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend und bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 5 die Wichtigen Hinweise. In den Hinweisen sind u.a. die Vertragsgrundlagen (Bedingungen usw.) aufgeführt. Sie sind wichtiger Bestandteil des Antrages. Durch Ihre Unterschrift machen Sie die Wichtigen Hinweise zum Inhalt dieses Antrages, deren Kenntnis Sie gesondert nochmals auf der Seite 5 bestätigen.

Meine Vertragserklärung kann ich ab Stellung des Antrages bis zum Ablauf von 30 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG ohne Angaben von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Der Widerruf ist zu richten an:

IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe, 20351 Hamburg.

Über mein Widerrufsrecht und die Widerrufsfolgen werde ich in dem mir zugehenden Versicherungsschein nochmals ausdrücklich belehrt.

Dem Antragsteller wird sofort nach der Unterzeichnung eine Zweitschrift dieses Antrages ausgehändigt.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)	Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag nicht selbst stellt	Eigenhändige Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn Antragsteller oder versicherte Person minderjährig ist

Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen (ggf. auch den Geburtsnamen) enthalten.

Empfangsbestätigung

Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich am Vertragsunterlagen

gemäß beiliegender Empfangsbestätigung gemäß folgender Aufstellung erhalten.

Bezeichnung	Formularnummer/Version, Druckdatum
<input type="checkbox"/> Produktvorschlag inkl. Modellrechnung und Werteverläufe	
<input type="checkbox"/> Verbraucherinformation nach §§ 1 und 2 VVG-InfoV	
<input type="checkbox"/> Broschüre weitere Verbraucherinformationen	
<input type="checkbox"/>	

Die Auslieferung der Unterlagen erfolgt mit meinem Einverständnis in
 Papierform
 elektronischer Form.

 Unterschrift des Antragstellers

Erklärung und Unterschrift Vermittler

Angabe gemäß Geldwäschebekämpfungsgesetz (GwG)

Lastschrifteinzugsermächtigung vom Konto des Antragstellers liegt vor und Antragsteller handelt für eigene Rechnung sonst Seite "intern" ausfüllen

Die Richtigkeit der Unterschriften und der Angabe gemäß GwG wird bescheinigt.

Ich erkläre nach § 11 (1) VersVermV und § 60 (2) VVG: Ich bin Ausschließlichkeitsvermittler Mehrfachvermittler Makler

HV Hamburg HV Dortmund

 Verm.-Nr. Unterschrift Vermittler

Aushändigung durch
 HV
 FD

Wichtige Hinweise und Erläuterungen

Wichtige Hinweise

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland, den Versicherungsbedingungen und dem Versicherungsschein.

Mit Annahme des Antrages werden Sie Mitglied der IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe, deren Satzung Ihnen auf Wunsch übersendet wird.

Aufgabe bestehender Versicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

Besondere Vereinbarungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung für bestimmte Berufsgruppen

Sofern mit beantragt, gelten die nachfolgenden Klauseln zur Berufsunfähigkeitsversicherung:

● Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel

Bei Beamten des Vollzugsdienstes gilt die Entlassung bzw. Versetzung in den Ruhestand wegen Vollzugsdienstunfähigkeit (festgestellt aufgrund eines Gutachtens eines Amtsarztes oder eines beamteten Arztes) als vollständige Berufsunfähigkeit.

Die Leistungspflicht wegen Vollzugsdienstunfähigkeit endet 30 Monate (bei PBUV: 72 Monate) nach der Entlassung bzw. Versetzung in den Ruhestand; die Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn nach Ablauf der 30 Monate (bei PBUV: 72 Monate) Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 Abs. 1, 2 und 4 der Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (bei PBUV: § 2 Abs. 1 der Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Premium BUV)) nachgewiesen wird.

● Feuerwehrdienstunfähigkeitsklausel

Bei Beamten des feuerwehrtechnischen Dienstes der Berufsfeuerwehren gilt die Entlassung bzw. Versetzung in den Ruhestand wegen Feuerwehrdienstunfähigkeit (festgestellt aufgrund eines Gutachtens eines Amtsarztes oder eines beamteten Arztes) als vollständige Berufsunfähigkeit.

Die Leistungspflicht wegen Feuerwehrdienstunfähigkeit endet 30 Monate (bei PBUV: 72 Monate) nach der Entlassung bzw. Versetzung in den Ruhestand; die Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn nach Ablauf der 30 Monate (bei PBUV: 72 Monate) Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 Abs. 1, 2 und 4 der Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (bei PBUV: § 2 Abs. 1 der Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Premium BUV)) nachgewiesen wird.

● Dienstunfähigkeitsklausel für Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit

Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit gelten als vollständig berufsunfähig, wenn

- Berufssoldaten vor Erreichen der gesetzlich vorgesehenen Altersgrenze (§ 45 Soldatengesetz) bzw.
- Soldaten auf Zeit vor Beendigung des Dienstverhältnisses (§ 54 Soldatengesetz)

aufgrund des Gutachtens eines Arztes der Bundeswehr wegen Dienstunfähigkeit (§ 44 Abs. 3 bzw. § 55 Abs. 2 Soldatengesetz) in den Ruhestand versetzt (bei Berufssoldaten) bzw. entlassen (bei Soldaten auf Zeit) worden sind.

Die Dienstunfähigkeit ist durch Vorlage des entsprechenden Gutachtens des Bundeswehrarztes und der darauf basierenden Ruhestandsversetzung bzw. Entlassungsverfügung nachzuweisen.

Der aufgrund dieser Vereinbarung bestehende besondere Versicherungsschutz sowie dessen Leistungsdauer enden zum Ablauf der Berufsunfähigkeitsversicherung, spätestens aber zu dem Zeitpunkt, zu dem das Dienstverhältnis des Berufssoldaten bzw. Soldaten auf Zeit tatsächlich ohne Dienstunfähigkeit endet bzw. geendet hätte. Gleichzeitig entfällt ab diesem Zeitpunkt auch der für den besonderen Versicherungsschutz erhobene Beitragszuschlag.

Der Versicherungsnehmer hat uns mitzuteilen, wenn das Dienstverhältnis beendet wird und die Berufsunfähigkeitsversicherung über das tatsächliche Dienstzeitende hinaus weiterbesteht.

Erläuterungen

Erläuterungen der Produkte

● Berufsunfähigkeitsversicherung (BUV und PBUV)

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig (auch infolge Pflegebedürftigkeit), so wird die versicherte Berufsunfähigkeitsrente für die Dauer der Berufsunfähigkeit gezahlt, längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer. Die Beitragszahlung ruht für die Dauer der Berufsunfähigkeit.

Wird die versicherte Person nicht berufsunfähig vor Ablauf der Versicherungsdauer, wird aus dieser Versicherung keine Leistung fällig.

● Erwerbsunfähigkeitsversicherung (EUV)

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer erwerbsunfähig (auch infolge Pflegebedürftigkeit), so wird die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit gezahlt, längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer. Die Beitragszahlung ruht für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit.

Wird die versicherte Person nicht erwerbsunfähig vor Ablauf der Versicherungsdauer, wird aus dieser Versicherung keine Leistung fällig.

Beteiligung an den Überschüssen und Bewertungsreserven

Die jährlichen Überschussanteile werden für die Ermäßigung der Beiträge verwendet (Beitragsverrechnung).

Alternativ können die Überschussanteile auch zur Fondsanlage verwendet werden. Bei der Fondsanlage können die Überschussanteile in folgende Fonds insgesamt oder im Verhältnis aufgeteilt angelegt werden:

HANSAdynamic Class S, der Dachfonds für risikobereite Anleger, die an den Chancen der weltweiten Aktienmärkte teilhaben wollen (etwa 90 % werden in internationale Aktienfonds und ca. 10 % in Offene Immobilienfonds investiert).

HANSACentro Class S, der Dachfonds für wachstumsorientierte Anleger mit einer gemäßigteren Risikobereitschaft (ca. 50 % werden in internationale Aktienfonds angelegt, ca. 35 % in internationale Rentenfonds und ca. 15 % in Offene Immobilienfonds).

HI Topselect W, der Dachfonds für wachstumsorientierte Anleger mit einer gemäßigteren Risikobereitschaft (etwa 50 % werden in Aktienfonds angelegt, der Rest in sicherheitsorientierte Renten- und Geldmarktfonds).

HI Topselect D, der Dachfonds für risikobereite Anleger, die an den Chancen der weltweiten Aktienmärkte teilhaben wollen (100 % werden in Aktienfonds investiert).

Die Fondsentwicklung kann nicht garantiert werden; das Anlagerisiko trägt der Versicherungsnehmer. Aufgrund der Fondsentwicklung kann bei Fälligkeit der Leistung ggf. kein Geldwert der Fondsanteile vorhanden sein.

Bei Ablauf des Vertrages, Tod der versicherten Person oder vollständiger Kündigung des Vertrages wird die Versicherung außerdem an den Bewertungsreserven beteiligt. Diese werden ausgezahlt.

Nach Eintritt der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit werden die jährlichen Überschussanteile zur Erhöhung der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente verwendet.

Dynamik

Der Beitrag erhöht sich laufend jährlich nach den Besonderen Bedingungen für Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen mit Beitragsdynamik, was zu höheren Versicherungsleistungen führt.

Beitragszahlungsdauer, Versicherungsdauer, Leistungsdauer

Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der Versicherungsnehmer zur Beitragszahlung verpflichtet ist. Die Beitragszahlungsdauer kann kürzer sein als die Versicherungsdauer.

Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz für den Fall des Eintritts der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit besteht.

Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.

Rückkaufwert

Eine beitragspflichtige Versicherung kann während der Versicherungsdauer zum Schluss eines jeden Beitragszahlungsabschnitts gekündigt werden. Bei Kündigung wird der Rückkaufwert in Höhe des vorhandenen Deckungskapitals ausgezahlt.

Der Rückkaufwert ist jedoch mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der Abschlusskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt (Mindestrückkaufwert). Sofern die Versicherungsdauer weniger als 5 Jahre beträgt, werden die Abschlusskosten auf die Versicherungsdauer verteilt. Dieser Betrag wird vermindert um einen Rückkaufszug.

Zusätzlich zum oben genannten Rückkaufwert wird eine Beteiligung am Überschuss und an den Bewertungsreserven fällig

Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers
(Versicherungsnehmer)

Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person,
sofern diese den Antrag nicht selbst stellt

Eigenhändige Unterschriften der gesetzlichen Vertreter,
wenn Antragsteller oder versicherte Person
minderjährig ist

Versicherungsnummer

Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe							
FD-Nr.	Betreuer-Nr.	Antr-FD	Antrags-Nr.	Ext.-Nr.	VB*	Firmenschl.	
ADVNR 1	Teil. 1	ADVNR 2	Teil. 2	ADVNR 3	Teil. 3		
* Verbandsschlüssel, nur für den Teilvertrieb IDUNA NOVA							
Name ADV					Telefonnummer ADV		
Recherche FD / Antragsprüfung FD <input type="checkbox"/> Checkliste geprüft <input type="checkbox"/> Recherche telefonisch <input type="checkbox"/> Recherche persönlich <input type="checkbox"/> Antrag gemäß Anweisung geprüft und an HV weitergeleitet.		Datum	Funktionsstelle	Einw.-Nr.	Unterschrift	Tel.-Nr.	

Aufzeichnung gemäß Geldwäschebekämpfungsgesetz (GwG)						
Die Aufzeichnung ist erforderlich bei Lebens-, Renten-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, wenn der Vertragspartner keine Befugnis zum Beitragseinzug im Lastschriftinzugsverfahren (LEV) einräumt (= Teil 1), bzw. der Antragsteller für fremde Rechnung handelt (= Teil 2).						
Erklärung des Antragsvermittlers bei Neuabschluss/Vertragsänderung/Beitragsvorauszahlung						
1 Identifizierung des Antragstellers (Versicherungsnehmers) – Eine Eigenidentifizierung des VN ist unzulässig.						
Name			Vorname			
wenn Firma/Behörde/Verein: Anschrift						
1.1 <input type="checkbox"/> Identifizierung erfüllt, da die Beiträge durch Lastschriftinzug vom im Antrag bezeichneten Konto des Versicherungsnehmers gezahlt werden.						
1.2 <input type="checkbox"/> Identifizierung durch amtlichen Ausweis.						
Ausweisart <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis	Ausweis-Nr.	Geburtsdatum (TT,MM,JJ)	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Gültig bis (TT,MM,JJ)	
Wohnort und Straße aus dem Personalausweis übernehmen			Ausstellende Behörde			
2 Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten						
Handelt der Antragsteller <u>nicht</u> auf eigene Rechnung, sind folgende Angaben zu machen:						
Unwiderruflich Bezugsberechtigter						
Name, Vorname			Anschrift			
Beitragszahler (wenn nicht Versicherungsnehmer)						
Name, Vorname			Anschrift			
Abtretung/Verpfändung						
Name des Zessionars/Pfandgläubigers						
Sonstiger wirtschaftlich Berechtigter						
Name, Vorname			Anschrift			