



Antrag auf

Berufsunfähigkeitsversicherung BU Flex

beim Konsortium Arbeitskraftschutz Flex

Eine genderechte Anrede ist uns wichtig. In vielen Fällen führt dies leider dazu, dass Texte schwer lesbar oder zu lang werden. Daher verwendet Swiss Life - stellvertretend für alle Geschlechter - in Formularen die männliche Schreibweise bzw. eine neutrale Variante, wenn dies sprachlich möglich ist.

Bestimmten besonders gefährdeten Berufen kann aus Risikogründen kein durchgängiger Berufsunfähigkeitschutz 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 (temporäre Erwerbsunfähigkeitsversicherung).

Präambel

Das Konsortium Arbeitskraftschutz Flex 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, die in einem Unternehmen beschäftigt sind, das einer der IG BCE angeschlossenen Branchen angehört (zurzeit Chemie, Pharma, Chemiefasern, Energiewirtschaft, Photovoltaik, Kunststoff, Kautschuk, Glas- und Mineralfaserindustrie, Keramik, Papier und Zellstoff, Mineralöl und Gas, Braunkohlebergbau, Leder, Kali- und Nichtkohlebergbau, Steinkohlebergbau oder Sanierung/Entsorgung) - unabhängig davon, ob diese tarifgebunden sind oder nicht.
- ▶ Selbstständige, sofern die Betriebstätigkeit den oben genannten Branchen zugeordnet werden kann.
- ▶ Darüber hinaus können auch Ehepartner, Lebenspartner im Sinne des LPartG und Lebensgefährten von Arbeitnehmern, für die über dieses Konsortium eine Versorgung zur Arbeitskraftabsicherung 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.
- ▶ Schüler mit einem gültigen Ausbildungsvertrag bei einem Unternehmen, das den oben genannten Branchen zugeordnet werden kann.
- ▶ Studenten, die in einem Studiengang eingeschrieben sind, dessen Zielberufe überwiegend den oben genannten Branchen zugeordnet werden können.
- ▶ Kinder, wenn für einen Elternteil über dieses Konsortium eine Versorgung zur Arbeitskraftabsicherung besteht.

Auf Verlangen ist die Zugehörigkeit nachzuweisen.

Vertragsgesellschaften des Konsortiums Arbeitskraftschutz Flex

- ▶ Konsortialführer
Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland,
nachstehend Swiss Life genannt
- ▶ Konsortialmitglieder
Allianz Lebensversicherungs-AG
R+V Lebensversicherung AG

Tarif

138	BU Flex Berufsunfähigkeitsversicherung
138	BU Flex plus Berufsunfähigkeitsversicherung mit Rente wegen Arbeitsunfähigkeit
139	BU Flex 4U Berufsunfähigkeitsversicherung für junge Leute in Ausbildung
139	BU Flex 4U plus Berufsunfähigkeitsversicherung für junge Leute in Ausbildung mit Rente wegen Arbeitsunfähigkeit

Tarif Zusatzversicherung

070	«care»-Option Pflege-Zusatzversicherung mit einer lebenslangen Rente bei Pflegebedürftigkeit
071	«care»-Option plus wie care-Option; außerdem leistet die care-Option plus eine zusätzliche Rente bei Pflegebedürftigkeit in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bereits während der Versicherungsdauer
075	Anschluss-Option Option zum Abschluss einer selbstständigen Pflegerentenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung
090	Schwere-Krankheiten-Option Dread-Disease-Zusatzversicherung mit garantierter Kapitalleistung bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit
Dynamik	Laufende Erhöhung der Beiträge und - daraus berechnet - der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Satz 1 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 Vermittler sowie bei einem Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots (Invitatiomodell). Geben Sie im Zweifelsfall vorsorglich auch solche Umstände an, denen Sie eher geringe Bedeutung beimessen.

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

Swiss Life AG
Niederlassung für Deutschland
Zeppelinstraße 1
85748 Garching b. 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**.

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

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

Unsere Leistungspflicht kann daher bei einer Verletzung der Anzeigepflicht selbst bei einem bereits eingetretenen Leistungsfall ausgeschlossen sein.

Sie haben dazu noch Fragen? Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Mit freundlichen Grüßen
Swiss Life

V. Fragen der Swiss Life an die zu versichernde Person

Hinweis: Wir bitten Sie, jede Frage in diesem Antrag oder weiteren Anlagen/Unterlagen/Formularen (ggf. gegenüber einem anderen Versicherer) genau und vollständig zu beantworten. Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, müssen ebenfalls genau und vollständig, schriftlich und unverzüglich Swiss Life angezeigt werden. Bitte beachten Sie hierzu auf Seite 2 die Gesonderte Mitteilung über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG. Bei falschen oder unvollständigen Antworten/Angaben können wir vom Vertrag zurücktreten, 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? Wenn ja, welche?
(Bitte genaue Angaben über Umfang und Dauer der gewünschten Vereinbarung)

B. Fragen zur beruflichen Situation

Zutreffendes bitte ergänzen bzw. ankreuzen

1. Üben Sie Ihre aktuelle berufliche Tätigkeit ununterbrochen seit mindestens 3 Jahren aus (ohne Ausbildungs-/Anlernzeit)?

☐ ja ☐ nein

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

3. Welche berufliche Ausbildung haben Sie?

_____ Jahre
Dauer der Ausbildung

4. Sind Sie angestellt?

☐ ja ☐ nein

5. Bei Selbstständigen: Seit wann sind Sie selbstständig?

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

☐ unter 75% ☐ 75% bis 99% ☐ 100%

7. Zu wie viel Prozent sind Sie körperlich tätig?

_____ %

8. Für wie viele sozialabgabenpflichtige Mitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung?

9. Wie hoch ist Ihr jährliches Nettoeinkommen*?
(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 + bestehende) einreichen!

* Bei nichtselbstständiger Tätigkeit: Bitte geben Sie Ihr durchschnittliches regelmäßiges Nettoeinkommen der letzten 12 Monate (inkl. Weihnachts- und Urlaubsgeld) ohne einmalige Sonderzahlungen (z.B. Tantiemen) an. Das Nettoeinkommen entspricht dem Bruttoarbeitsentgelt minus Steuern und Solidaritätszuschlag. Sozialversicherungsbeiträge und Kirchensteuer müssen nicht abgezogen werden.

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, verminderter Erwerbsfähigkeit oder sonstigen Invaliditätsrisiken

Sind Sie bereits bei anderen Gesellschaften oder Swiss Life **privat** oder **betrieblich** gegen verminderte Erwerbsfähigkeit (z.B. BU-/EU-Rente) oder gegen sonstige Invaliditätsrisiken (z.B. Renten wegen Verlust von Grundfähigkeiten) versichert oder haben Sie in den letzten 12 Monaten einen solchen Versicherungsschutz beantragt?

☐ ja ☐ nein

Wie hoch sind neben der beantragten Rente die **Jahresrenten** im Falle der Berufsunfähigkeit oder der **verminderten Erwerbsfähigkeit** (z.B. BU-/EU-/Invaliditätsrenten) aus der 1., 2. und 3. Schicht (Anwartschaften 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	Beitrag
berufsständische*, beamtenrechtliche Renten - bitte in voller Höhe eintragen, angerechnet wird die Hälfte		€	
betriebliche (z.B. Direktversicherung, Pensionszusage, Unterstützungskasse) - bitte in voller Höhe eintragen, angerechnet werden 100%		€	
private Rürup- und Riester-Versorgung - bitte in voller Höhe eintragen, angerechnet werden 100%		€	
private (3. Schicht) - bitte in voller Höhe eintragen, angerechnet werden 100%		€	
Vorversicherung-Nr.	Swiss Life	€	
aktueller Antrag	Swiss Life	€	X
Kapitalleistung bei schweren Krankheiten		€	
Summe der Jahresrenten:		€	

Sofern die Gesamtversorgung 80% des Nettoeinkommens übersteigt und die beantragte monatliche BU-Rente maximal 1.000 Euro beträgt (inkl. Bonus):

- a) Beträgt die vereinbarte regelmäßige Arbeitszeit mindestens 30 Stunden pro Woche?

☐ ja ☐ nein

- b) Erfolgte der Abschluss Ihrer Berufsausbildung oder Ihres Studiums innerhalb der letzten 5 Jahre (60 Monate)?

☐ ja ☐ nein

D. Fragen zur persönlichen Situation

1. Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebens-, Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-), Grundfähigkeits- oder Schwere-Krankheiten-Versicherungen zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt, bzw. sind noch nicht endgültig entschieden?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte Fragebogen Vorversicherung ausfüllen.

2. Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z.B. Flugrisiko*, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen*, Aufenthalt in Krisengebieten*), bei Sport oder Hobby (z.B. Flugsport* aller Art, Motorsport* mit Teilnahme an Wettkämpfen, Rennen oder Veranstaltungen zur Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit, Bergsport*, Tauchsport*, Kampfsport* oder andere Extremsportarten) ausgesetzt? * wenn ja, bitte Fragebogen berücksichtigen

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welchen?

3. Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 6 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen?

☐ beruflich ☐ privat

☐ ja ☐ nein

Wo, Zeitraum, Grund?

- Wann, wohin, wie lange, aus welchem Grund und wie sind Sie dort untergebracht?
Wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen Auslandsaufenthalt ausfüllen.

4. Besteht eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung, ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

5. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? (Bitte Kopie des Bescheids/Antrags und der Unterlagen über Art der Rente und Erkrankung beifügen)

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, aufgrund welchen Leidens?

6. 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

7. Körpergröße in cm _____

Gewicht in kg _____

8. Wer ist Ihr Hausarzt, bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?

Name/Fachrichtung

vollständige Anschrift

* bei Versorgungswerken nur, wenn die beantragte BU-Rente über 36.000 Euro liegt (inkl. bestehende Verträge)

Hinweis zu versdiagnose:

Die Fragen im folgenden Abschnitt E. müssen nicht beantwortet werden, wenn Sie (Vermittler) diesem Antrag das (vom Kunden) unterschriebene Protokoll aus versdiagnose beifügen. Versdiagnose ist die online-Risikoprüfung, die in sehr vielen Fällen zu einer verbindlichen Risikoentscheidung kommt. Die Nutzung von versdiagnose kann die Policierung erheblich beschleunigen, Rückfragen reduzieren und zusätzliche Fragebögen sowie eventuell erforderliche Änderungsvorschläge ersparen.

☐

ja, ich nutze versdiagnose und füge das Protokoll bei.

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 | |
| 4. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre einen Selbsttötungsversuch* unternommen? | ☐ ja | ☐ nein | * wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen Psyche berücksichtigen |
| 5. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? | ☐ ja | ☐ nein | |
| 6. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Heilbehandler, Therapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktiker, Psycho-/Physiotherapeuten) untersucht, behandelt oder beraten worden wegen Erkrankungen, Störungen oder Unfallfolgen: | | | |
| a) des Herzens, des Kreislaufs oder der Gefäße (z.B. Bluthochdruck*, Herzinfarkt, Venenleiden, Thrombose, Schlaganfall, Koronare Herzkrankheit, Herzfehler, Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine, Embolie)? | ☐ 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, Zystenniere, Nierenentzündung, Auffälligkeiten im Urin (Blut, Eiweiß), auffälliger PAP-Abstrich, Zysten, Brustknoten, erhöhter PSA-Wert, Gebärmutter und Eierstöcke, Brust)? | ☐ ja | ☐ nein | |
| e) des Stoffwechsels oder des Hormonhaushalts (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse*)? | ☐ ja | ☐ nein | * wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen |
| f) der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörung)? | ☐ ja | ☐ nein | |
| g) akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose)? | ☐ ja | ☐ nein | |
| h) der Psyche* (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, Psychose, Persönlichkeitsstörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burnout-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Essstörung)? | ☐ ja | ☐ nein | * wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen |
| i) des Gehirns oder Nervensystems (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen, Migräne*)? | ☐ ja | ☐ nein | * wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen |
| j) der Wirbelsäule*, Bandscheibe (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenverkrümmung)? | ☐ ja | ☐ nein | * wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen |
| k) der Knochen, Gelenke*, Bänder*, Sehnen* (z.B. Verschleißerkrankung, rheumatische Beschwerden oder Knieverletzung)? | ☐ ja | ☐ nein | * wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen |
| l) der Haut*, Allergien* (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt]-Ekzem, Schuppenflechte)? | ☐ ja | ☐ nein | * wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen |
| m) der Augen: Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien? (bei Lasik Dioptrien vor Operation angeben) | ☐ ja | ☐ nein | |
| andere (z.B. Sehstörung, Astigmatismus, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star)? | ☐ ja | ☐ nein | <div><div></div>links<div></div>rechts</div> |
| n) an Hals, Nase oder Ohren (z.B. Tinnitus*, vermindertes Hörvermögen)? | ☐ ja | ☐ nein | * wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen |
| 7. Liegen oder lagen innerhalb der letzten 5 Jahre weitere, noch nicht genannte, behandlungsbedürftige Erkrankungen oder Beschwerden vor, wegen denen Sie in ambulanter Behandlung von Ärzten, Heilbehandlern, Therapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe waren (z.B. bei Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktikern, Psycho-/Physiotherapeuten) oder fanden Untersuchungen statt oder beabsichtigen Sie, sich in Behandlung zu begeben? | ☐ ja | ☐ nein | |
| 8. Nahmen Sie in den letzten 5 Jahren oder nehmen Sie regelmäßig oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen apothekenpflichtige Medikamente ein? | ☐ ja | ☐ nein | |
| 9. Waren Sie in den letzten 3 Jahren mehr als 10 Kalendertage ununterbrochen erkrankt/arbeitsunfähig? | ☐ ja | ☐ nein | |
| 10. Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus in den letzten 12 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, ohne einen Arzt oder anderen Behandler aufzusuchen? Hierzu zählen z.B. Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörung, Sehstörung, Blut im Stuhl, Erschöpfungszustand, Angstzustand, wiederkehrender Schmerzzustand ungeklärter Ursache, wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen wie Schlafstörungen, Überlastungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche. | ☐ ja | ☐ nein | |

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

Zusatzfragen, wenn die Versicherte Person unter 15 Jahre alt ist

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 11. Wurden in den letzten 10 Jahren mehr als 6 Wochen anhaltende psychologische, psychotherapeutische, krankengymnastische oder ergotherapeutische Behandlungen durchgeführt, waren solche angeraten oder sind derzeit geplant? | ☐ ja | ☐ nein |
| 12. Wurden in den letzten 10 Jahren psychotherapeutische Beratungen bei sozialen oder schulischen Einrichtungen durchgeführt oder sind solche angeraten? | ☐ ja | ☐ nein |
| 13. War in den letzten 10 Jahren eine besondere Förderung (z.B. sonderpädagogische Maßnahmen) wegen Lernschwierigkeiten, Teilleistungs-schwächen, Sprachstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten erforderlich? | ☐ ja | ☐ nein |
| 14. Besteht eine Fehlsichtigkeit von mehr als -4 Dioptrien? | ☐ ja | ☐ nein |
| 15. Kam es in den letzten 5 Jahren zu schulischen Fehlzeiten von zusammenhängend mehr als 14 Kalendertagen? | ☐ ja | ☐ nein |

Zusatzfrage, wenn garantierte Kapitalleistung bei Eintritt einer schweren Krankheit ab 24.001 Euro beantragt wird

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 16. Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihren leiblichen Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Parkinson-Krankheit, Zystennieren, Demenz, Multiple Sklerose, Schizophrenie oder Depression aufgetreten sind? Falls ja, welche Erkrankungen und in welchem Alter? (KEINE Nennung der Person wegen Datenschutz) | ☐ ja | ☐ 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.

Änderungsvorschlag statt Policerung mit abweichendem Versicherungsschein

☐ Falls mein Antrag aus gesundheitlichen Gründen nur mit einer Erschwerung (z.B. Ausschlussklausel) angenommen werden kann, möchte ich einen Änderungsvorschlag erhalten. Diesen muss ich unterzeichnen und zurücksenden, sofern ich mit der Änderung einverstanden bin. Erst dann wird der Versicherungsschein erstellt.

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 Einschluss einer Nachversicherungsgarantie, wenn die Grenze für die Erhöhungen auf 4.000 Euro monatlich angehoben werden soll.)

☐ Die Untersuchung findet statt bei (Name, Anschrift bitte bei D.8. eintragen)

VI. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärungen

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden in 2011 auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbands der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzbehörden erstellt und inhaltlich abgestimmt.

Die nachfolgenden Erklärungen gelten für Verträge mit der Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, als Konsortialführerin des Konsortiums Arbeitskraftschutz Flex (nachfolgend Swiss Life genannt).

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

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

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

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

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

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

Möglichkeit I:

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

Möglichkeit II:

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

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

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von 5 Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für Swiss Life konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

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

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

Swiss Life führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für Swiss Life erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Ein Auszug ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt*. Die vollständige aktuelle Liste kann im Internet unter www.swisslife.de/schweigepflicht eingesehen oder bei Swiss Life angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt Swiss Life Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob Swiss Life das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch Swiss Life unterrichtet.

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert Swiss Life Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Swiss Life speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden 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 Versicherungsnehmer/Versicherte Person

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der letzten Seite des Antrags die verbindliche „Schlusserklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person“. Beachten Sie zusätzlich die „Ergänzenden Informationen“, die zu diesem Vertrag gehören.

Falls der Vermittler ein Versicherungsmakler gemäß §93 HGB ist und mit ihm das Stellvertretermodell vereinbart wurde:

☐ Ich bevollmächtige den Versicherungsmakler, die Vertragsbestimmungen und Informationen nach §7 Abs. 1 VVG und §§ 1-4 VVG-InfoV mit Wirkung für mich entgegenzunehmen.

Ort, Datum

X

Versicherungsnehmer, bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften und abweichende Anschriften der gesetzlichen Vertreter

Ort, Datum

X

Versicherte Person, bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften und abweichende Anschriften der gesetzlichen Vertreter

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

Ich ermächtige die Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen genannten Zahlungsdienstleister an, die von Swiss Life auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

X

Kontoinhaber

IX. Unterschrift Empfangsbestätigung

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

Ort, Datum

X

Versicherungsnehmer, bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

X. Einwilligung in die Kontaktaufnahme zu Werbezwecken sowie zur Markt- und Meinungsforschung³

Ich willige ein, dass das Konsortium Arbeitskraftschutz Flex oder von ihm beauftragte Dritte mich zukünftig per

☐

Telefon

☐

SMS

☐

E-Mail (_____ @ _____)

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

zum Zweck der Werbung für Vorsorgeprodukte des Konsortiums Arbeitskraftschutz Flex sowie zur Markt- und Meinungsforschung kontaktieren und meine Kontaktdaten aus diesem Antrag zu diesen Zwecken beim Konsortialführer Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, speichern und nutzen dürfen. Ihre Daten dürfen nur nach Autorisierung durch den Sie betreuenden Konsortialpartner verwendet werden.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft ohne Auswirkung auf den Vertrag formlos und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: Den Konsortialführer Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, Zeppelinstraße 1, 85748 Garching b. München, Telefon: +49 89 38109-0, Fax: +49 89 38109-4405, E-Mail: info@swisslife.de

Ort, Datum

X

Versicherungsnehmer, bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift Vermittler

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

Die Risikofragen hat der Kunde selbst gelesen und ausgefüllt.

Der Antrag ist in meiner Gegenwart unterschrieben worden.

Ich bestätige als Versicherungsmakler (§93 HGB), die Vertragsbestimmungen und Informationen nach §7 Abs. 1 VVG und §§ 1-4 VVG-InfoV vor Antragstellung erhalten zu haben.

Ich bestätige, dass der Antragsteller zum Zielmarkt passt.

☐

ja

☐

ja

☐

ja

☐

ja

☐

nein, der Antragsteller passt nicht zum Zielmarkt.

Anlagen:

Anzahl Fragebögen _____

Anzahl sonstige _____

Welche? _____

Ort, Datum

X

Vermittler

Police: ☐ direkt an VN

☐ direkt an Vermittler

☐ direkt an Direktion Swiss Life

Kopie: ☐ an VN

☐ an Vermittler

³ = Ergänzende Informationen siehe Seite 11

Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsvertrages

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch Swiss Life Deutschland als Konsortialführerin des Konsortiums Arbeitskraftschutz Flex (nachfolgend Swiss Life genannt) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Zepplinstraße 1, 85748 Garching b. München
Telefon +49 89 381 09-0, Fax +49 89 381 09-4405
E-Mail-Adresse info@swisslife.de

Unsere Datenschutzbeauftragten von Swiss Life erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@swisslife.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.gdv.de (<https://www.gdv.de/de/datenschutzkodex>) abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Swiss Life-Gesellschaft oder im Rahmen eines AKS Flex-Konsortiums bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i.V.m. Art. 7 DSGVO ein und befragen beispielsweise Ihre behandelnden Ärzte. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i.V.m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte, für Konsortialprodukte (MetallRente, KlinikRente, BU Flex, Vitalschutz Flex) und für andere Produkte der Unternehmen der Swiss Life-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang bzw. nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellt Ihnen dieser hier

<http://www.munichre.com> (<https://www.munichre.com/de/service/privacy-statement/index.html>), www.es-rueck.de (<https://www.es-rueck.de/25704/datenschutzerklaerung> <https://www.es-rueck.de/datenschutz-es>), www.swissre.com (http://www.swissre.com/privacy_policy.html) bzw. <http://www.newre.com> (<http://www.newre.com/en/privacy-statement>) zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <http://www.swisslife.de/schweigespflicht> entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu 30 Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen dann bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Postfach 606
91511 Ansbach

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der Creditreform-Auskunft Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Im Zuge unseres Internetauftritts übermitteln wir Daten in die Schweiz. Nach Art. 25 Abs. 6 EU-DSRL wurde seitens der EU-Kommission für die Schweiz ein angemessenes Datenschutzniveau verbindlich festgestellt.

Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie hier (Dienstleister-Liste - <http://www.swisslife.de/schweigepflicht>). Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen.

Übersicht der Dienstleister von Swiss Life

Anlage zu den Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen – Stand: 01.10.2019

Die ausführliche und aktuelle Liste mit den namentlich benannten Dienstleistern finden Sie unter: www.swisslife.de/schweigepflicht

Konzerngesellschaften, die an einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe teilnehmen:

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland	Swiss Life Invest GmbH
SLP Swiss Life Partner Vertriebs GmbH & Co. KG	Swiss Life Partner Service- und Finanzvermittlungs GmbH
SLPM Schweizer Leben PensionsManagement GmbH	Swiss Life Pensionsfonds Aktiengesellschaft
Swiss Life AG, CH	Swiss Life Pensionskasse Aktiengesellschaft
Swiss Life Asset Management GmbH	Swiss Life Products (Luxembourg) S.A., Niederlassung für Deutschland
Swiss Life Deutschland Holding GmbH	Swiss Life Service GmbH
Swiss Life Deutschland Operations GmbH	Swiss Life Vermittlungs GmbH
Swiss Life Deutschland Vertriebsservice GmbH	Verwaltung SLP Swiss Life Partner Vertriebs GmbH
Swiss Life Holding AG, CH	

Kategorien von Dienstleistern, die Datenverarbeitung für Swiss Life erbringen:

Kategorien	Übertragene Aufgaben
Adressermittler	Adressprüfung
Archivierung	Lagerung von Akten
Assisteure	Assistance-Leistungen
Auskunfteien	- Erbringung von Dienstleistungen - Existenznachweis - Bonitätsauskünfte
Druckereien/Lettershops	- Postsendungen/Newsletter (E-Mail) - Erstellung von Drucksachen
Entsorgung	- Abfallbeseitigung - Entsorgung und Recycling - Papierentsorgung
Gutachter/medizinische Experten/Berater und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater)	- Erstellung von Gutachten - Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und weiteren Behandlungsmöglichkeiten - Antrags-/Leistungs-/Regressprüfung/Beratung
Inkassounternehmen	Forderungsbearbeitung
IT-Dienstleister	- Netzwerk- und Rechenzentrums-Dienstleistungen - Kommunikations-Dienstleistungen und andere Services - Wartung/Betrieb/Entwicklung - Systeme/Anwendungen/Onlineservices
Kurierdienste	- Erbringung von Kurierdienstleistungen - Postdienstleistung
Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
Marktforschungs- und Ratingagenturen	- Marktforschung - Kundenzufriedenheitsanalyse - Unternehmensrating

Kategorien	Übertragene Aufgaben
Posteingang	Posteingangs- und Scan-Dienstleistungen
Rechtsanwaltskanzleien und Notare	- Forderungseinzug und -abwehr - Geltendmachung von Rechten - Erbringung von Dienstleistungen - Prozessführung - Außergerichtliche und gerichtliche Vertretung
Rehabilitationsdienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen	- Erbringung von Assistance-Leistungen - Rehabilitationsmanagement
Rückversicherer	- Erstellung von Gutachten für die Neuantrags- und Leistungsprüfung - Risikoeinschätzung (Neuanträge, Vertragsänderungen) - Monitoring
Service-Gesellschaften	Leistungs- und Bestandsbearbeitung im Massengeschäft (technische Versicherungen)
Treuhänder	Erfüllung gesetzlicher Pflichten
Unternehmensberater	Beratung
Vermittler	- Antrags-, Leistungs- und Schadenbearbeitung - Beratung
Vertragsverwaltung/ Telefonischer Kundendienst	- Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung - Telefonische Serviceleistungen

Ergänzende Informationen

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 Schweigepflichtentbindung“.

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.

Leistungsdauer

Die Leistungsdauer beschreibt den Zeitraum ab Versicherungsbeginn, für den aus der Berufsunfähigkeitsversicherung Leistungen längstens erbracht werden können, und definiert das Ablaufdatum der Leistungsdauer. Entsprechend verkürzt sich die Leistungsdauer im Zeitablauf.

Stufentarif

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

davon begrenzt gegen Berufsunfähigkeit versichert

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

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 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.

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).

Garantierte Rentensteigerung

Sie können zusätzlich zur garantierten BU-Rente eine garantierte jährliche Rentensteigerung bei Berufsunfähigkeit vereinbaren. Die erste garantierte Erhöhung der Rente erfolgt zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt. Die Höhe der Rentensteigerung ergibt sich aus dem vereinbarten Steigerungssatz (bei BU Flex 4U max. 1%) und der auf das Versicherungsjahr bezogenen garantierten Vorjahresrente.

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.

¹ Dynamik

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

Die Erhöhung des Beitrags erfolgt bei

- **Form B** um einen festen Prozentsatz, der zwischen 2 und 5% festgelegt werden kann (bei BU Flex 4U max. 3%).

Die letzte Erhöhung erfolgt im Alter 55.

² Nachversicherungsgarantie

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. Soweit unsere Annahmerichtlinien eine niedrigere Höchstrente für den zum Erhöhungszeitpunkt ausgeübten Beruf vorsehen, erfolgt eine Erhöhung nur bis zu diesem Betrag.

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 Erhöhungszeitpunkt findet eine wirtschaftliche Risikoprüfung und eine Einstufung mit dem dann ausgeübten Beruf statt. Einzelheiten stehen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs.

Fragebogen

Falls risikoreiche 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 Bluthochdruck
Fragebogen Existenzgründung
Fragebogen Freizeit/Sport
Fragebogen Gelenke/Bänder/Muskeln
Fragebogen Hauterkrankungen
Fragebogen Hörsturz
Fragebogen Kampfsport
Fragebogen Kopfschmerzen/Migräne
Fragebogen Luftfahrt
Fragebogen Motorsport
Fragebogen Psychische Erkrankungen
Fragebogen Radioaktive Stoffe
Fragebogen Reitsport
Fragebogen Schilddrüsenerkrankungen
Fragebogen Tauchen
Fragebogen Verletzungen-Unfall
Fragebogen Vorversicherung
Fragebogen Wirbelsäulenerkrankungen

Diese Fragebögen finden Sie auch in der Rubrik Unterlagen im Swiss Life-WebOffice.

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, erhöhten Risiken (z.B. steigende Schadenquote) und steigenden Verwaltungskosten möglich.

³ Rechtmäßige Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken

Ihre personenbezogenen Daten (ohne Telekommunikationsdaten) können wir auch ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung Ihnen gegenüber rechtmäßig zur Werbung für Vorsorgeprodukte des Konsortiums Arbeitskraftschutz Flex sowie zur Markt- und Meinungsforschung zu unserem Unternehmen verwenden. Dieser Verwendung Ihrer Daten können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Schlusserklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person (bitte sorgfältig lesen)

A. Verantwortlichkeit für den Antrag

Die Angaben zu den Antragsfragen und zum Erstwohnsitz sind nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig. Falsche oder unvollständige Angaben können schwerwiegende Folgen haben. Bitte beachten Sie die Informationen in der Gesonderten Mitteilung über 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 Versicherungsvertragsgesetzes 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

Zeppelinstraße 1

85748 Garching b. München

Fax: +49 89 38109-4405

E-Mail: info@swisslife.de

Die Widerrufsbelehrung erfolgt im Versicherungsschein.

C. Antragsdurchschrift

Eine Antragskopie 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 Berufsunfähigkeitsversicherung BU Flex 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 Berufsunfähigkeitsversicherung BU Flex 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 fällt keine Rückvergütung an.

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 Arbeitskraftschutz Flex 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.

Möglichkeit der Beschwerde

Falls Sie einmal Anlass für eine Beschwerde haben sollten, würden wir uns über eine Nachricht von Ihnen freuen. Gerne können Sie auch unser Kontaktformular auf unserer Website (www.swisslife.de/anregung-und-kritik) nutzen. Sie können sicher sein, dass wir alles tun werden, um Sie zufrieden zu stellen. Sollte uns dies einmal 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 Arbeitskraftschutz Flex Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit ist ein besonderer Service eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei:

Verwaltungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin,

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Sicherungsfonds

Die Gesellschaften des Konsortiums Arbeitskraftschutz Flex sind auch Mitglieder im Sicherungsfonds.

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565
Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Jörg Arnold
Zeppelinstraße 1 · 85748 Garching b. München
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich · CHE-105.928.677
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Frank Schnewlin,
Thomas Buess, Adrienne Corboud Fumagalli, Ueli Dietiker,
Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker, Henry Peter,
Dr. Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber, Klaus Tschütscher

Bayerische Landesbank München
IBAN DE96 7005 0000 0001 2646 27
BIC BYLA DE 33XXX
Gläubiger-ID DE20ZZZ000000042095
Service Center Arbeitskraftschutz Flex
Telefon +49 89 38109-2430
Fax +49 89 38109-4180

Service-Center
IG BCE Arbeitskraftschutz Flex
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Allergie/Asthma

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Bestehen Allergien?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Pollen (Gräser, Getreide, Bäume)
- ☐ Tiere/Tierhaare
- ☐ Insektengift (Bienen/Wespen)
- ☐ Hausstaub
- ☐ Schimmelpilze
- ☐ Nahrungsmittel/Gewürze
welche _____
- ☐ Medikamente
welche _____
- ☐ andere (z. B. Metalle, Kosmetika,
Chemikalien, Sonnenallergie)
welche _____
- ☐ keine

- ☐ anaphylaktischer Schock
- ☐ 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 _____

2. Welche Beschwerden/Symptome liegen/lagen vor? (Mehrfachnennungen möglich)

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

Bei Auftreten von Atembeschwerden, Bronchitis oder Asthma beantworten Sie bitte zusätzlich folgende Fragen:
Ansonsten weiter mit Frage 4

Wie oft haben Sie tagsüber Atembeschwerden bzw. Asthmaanfälle?

- ☐ nie bis maximal 1 x wöchentlich
- ☐ zwischen 2 - 6 x wöchentlich
- ☐ täglich (Atemnot bereits bei leichter körperlicher Belastung)

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Jörg Arnold
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Frank Schnewlin,
Thomas Buess, Adrienne Corboud Fumagalli, Ueli Dietiker,
Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker, Henry Peter,
Dr. Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber, Klaus Tschüscher

Bayerische Landesbank München

IBAN DE96 7005 0000 0001 2646 27
BIC BYLA DE MM XXX

Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

FRAGEBOGEN Allergie/Asthma

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

Haben Sie auch nachts Atembeschwerden?

Wenn ja, wie oft?

- ☐ ja, bis zu 2 x wöchentlich
☐ ja, mehr 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, welche _____
☐ nein

4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

5. Sind Sie völlig beschwerdefrei?

- ☐ ja, seit _____
☐ nein, welche Beschwerden bestehen noch _____

6. Benötigen/benötigten Sie Medikamente? (Salben, Dosieraerosol = Asthmaspray, Inhaler, Tropfen, Tabletten, auch prophylaktisch)

- ☐ ja, ständig (täglich, bzw. mehr als 2 x wöchentlich)
☐ ja, bei Bedarf/Anfall
☐ ja, bis zu 2 x wöchentlich

Name des Präparates: _____

- ☐ nein

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

- ☐ ja, von _____ bis _____
von _____ bis _____
☐ nein

War eine maschinelle Beatmung erforderlich?

- ☐ ja
☐ nein

8. Rauchen Sie?

- ☐ ja, Zigaretten pro Tag _____
☐ ja, Sonstiges pro Tag _____
(z. B. Zigarren, E-Zigaretten, Schischa)
☐ nein, habe nie geraucht
☐ nein, nicht mehr seit _____

9. Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 1 Woche ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen?

- ☐ ja, einmalig von _____ bis _____
☐ ja, mehrmals
zuletzt, 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. 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 Allergie/Asthma

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Bei Firmen ist der Firmenstempel zwingend erforderlich

(ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma)

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Jörg Arnold
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Frank Schnewlin,
Thomas Buess, Adrienne Corboud Fumagalli, Ueli Dietiker,
Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker, Henry Peter,
Dr. Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber, Klaus Tschüscher

Bayerische Landesbank München
IBAN DE96 7005 0000 0001 2646 27
BIC BYLA DE MM XXX
Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

FRAGEBOGEN Tauchen

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

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

☐ ja, welche _____

☐ nein _____

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

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

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

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

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Service-Center
IG BCE Arbeitskraftschutz Flex
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Psyche

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

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

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

2. Wie lautete die genaue Diagnose des behandelnden Arztes?

3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

4. Wie oft treten/traten die Beschwerden auf?

- ☐ einmalig
- ☐ mehrmalig/schubweise
wann _____
wie oft _____
in welchen Abständen _____
wann zuletzt _____
- ☐ ständig

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

- ☐ Überlastung/Stress
- ☐ traumatisches Ereignis (z. B. Todesfall in der Familie)
- ☐ Mobbing
- ☐ Folgen einer anderen Erkrankung
- welche _____
- ☐ unbekannt
- ☐ sonstige

FRAGEBOGEN Psyche

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

6. Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

- ☐ keine
☐ ambulante Behandlung bei
☐ Hausarzt
☐ Facharzt
☐ Psychologe/Psychotherapeut

☐ stationärer Aufenthalt
wann _____
wo _____

☐ Medikamente
welche _____
wie oft ☐ ständig ☐ bei Bedarf

☐ Gesprächstherapie
von _____ bis _____
von _____ bis _____
wo _____

Name und vollständige Adresse des Arztes

☐ sonstige _____

7. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

- ☐ ja, welche _____
Medikamentennamen _____
Dosierung _____
☐ nein, seit _____

8. Ist die Behandlung abgeschlossen?

- ☐ ja, seit _____
☐ nein, weitere Behandlungen _____

auch geplante oder angeratene

9. Sind Sie völlig beschwerdefrei?

- ☐ ja, seit _____
☐ nein, welche Beschwerden bestehen noch?
(wie häufig, wann) _____

10. Bestehen/bestanden Konfliktsituationen im Privat- oder Berufsleben?

(z. B. Belastung wegen Trennung, Arbeitsplatzwechsel, Prüfungsstress, Schulangst, Geschäftsaufgabe)

- ☐ ja, wann _____
welche _____
☐ nein

11. Waren Sie wegen dieser Beschwerden arbeitsunfähig?

- ☐ ja, von _____ bis _____
von _____ bis _____
☐ nein

12. Können/konnten Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

- ☐ ja
☐ nein, Einschränkungen _____

13. Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?

- ☐ ja, wann _____
weshalb _____
womit _____
☐ nein

14. Nahmen/nehmen Sie Drogen oder Betäubungsmittel?

- ☐ ja, wann _____
welche _____
☐ nein

FRAGEBOGEN Psyche

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

15. Bestand/besteht eine Alkoholkrankheit?

☐ ja, von _____ bis _____

Entziehungskur ☐ ja ☐ nein

☐ nein von _____ bis _____

16. Gab/gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen?

(z. B. Psychosen, Depressionen, Gemütsleiden)

☐ ja, welche _____

☐ nein

☐ unbekannt

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

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

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

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

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Jörg Arnold
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Frank Schnewlin,
Thomas Buess, Adrienne Corboud Fumagalli, Ueli Dietiker,
Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker, Henry Peter,
Dr. Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber, Klaus Tschüscher

Bayerische Landesbank München
IBAN DE96 7005 0000 0001 2646 27
BIC BYLA DE MM XXX
Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

Service-Center
IG BCE Arbeitskraftschutz Flex
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Wirbelsäule

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. **Üben Sie eine wirbelsäulenbelastende Tätigkeit aus?**
(z. B. Zwangshaltungen, Autofahren, Heben, Tragen, Bücken, Kälteexposition, Erschütterungen)

☐ ja
☐ nein

2. **Welche Beschwerden/Erkrankungen der Wirbelsäule liegen/lagen vor? Wurde eine der folgenden Diagnosen gestellt?**
(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Verspannung/Myogelosen
☐ Bandscheibenvorwölbung
☐ Hexenschuss/Lumbalgie
☐ Blockierungen
☐ Ischialgie
☐ HWS-/BWS-/LWS-Syndrom
☐ Bandscheibenvorfall/-prolaps
☐ Wirbelsäulenabnutzung/Arthrose
☐ Wirbelsäulenoperation
☐ Wirbelsäulenverletzung
☐ Wirbelgleiten (Spondylolisthesis)
☐ Fehlstellungen der Wirbelsäule
(z. B. Skoliose, Kyphose, Lordose)

- ☐ Morbus Scheuermann
☐ Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans)
☐ andere _____

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

☐ ja
☐ nein

4. **Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?** (Monat/Jahr)

5. **Bestehen derzeit Beschwerden?**

☐ ja, nähere Angaben _____
☐ nein, keine Beschwerden seit (Monat/Jahr) _____

6. **Wann, wie oft und wie lange hatten Sie insgesamt Beschwerden und waren deshalb in Behandlung?**

Zeitpunkt
☐ vor weniger als einem Jahr:
wann zuletzt _____
☐ vor 1 - 3 Jahren
☐ vor 3 - 5 Jahren
☐ vor mehr als 5 Jahren

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Jörg Arnold
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Frank Schnewlin,
Thomas Buess, Adrienne Corboud Fumagalli, Ueli Dietiker,
Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker, Henry Peter,
Dr. Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber, Klaus Tschüscher

Bayerische Landesbank München

IBAN DE96 7005 0000 0001 2646 27
BIC BYLA DE MM XXX

Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

FRAGEBOGEN Wirbelsäule

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

Häufigkeit

- ☐ einmalig Beschwerden
- ☐ mehrmals (bis zu 3 x)
- ☐ mehrmals (öfter als 3 x)
- ☐ andauernd/chronisch

Dauer pro Episode

- ☐ bis maximal 3 Tage
- ☐ mehr als 3 Tage

7. Wurden Sie aufgrund dieser Beschwerden innerhalb der letzten 5 Jahre krankgeschrieben?

- ☐ ja, insgesamt weniger als 5 Tage
Zeitpunkt _____
- ☐ ja, insgesamt mehr als 5 Tage
Zeitpunkt _____
- ☐ nein

8. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre verschreibungspflichtige Medikamente ein? Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre rezeptfreie Medikamente länger als 1 Woche ununterbrochen ein?

- ☐ ja, welche _____
Zeitraum _____
- ☐ nein

9. Sind/waren weitere Untersuchungen und/oder Behandlungen (z. B. Krankengymnastik, Operationen, Kuraufenthalte, Medikamente) erforderlich oder angeraten?

- ☐ ja, Angaben zu Art, Umfang und Zeitpunkt

- ☐ nein

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

- ☐ ja, Zeitpunkt _____
- ☐ nein

11. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

- ☐ ja
- ☐ nein, Einschränkungen _____

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

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zusätzlich bei Abschluss eines Pflege-Tarifs.

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

- ☐ Ich habe keine Probleme bei einer Gehstrecke von 200m oder mehr.
- ☐ Ich habe Probleme bei einer Gehstrecke von 10 bis 200m.
- ☐ Ich habe Probleme bei einer Gehstrecke von weniger als 10m.
- ☐ Ich habe Probleme beim Treppensteigen.
- ☐ Ich benutze eine Gehhilfe (z. B. Gehstock, Rollator, Stützen etc.)

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

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

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

FRAGEBOGEN Wirbelsäule

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

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

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

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Bei Firmen ist der Firmenstempel zwingend erforderlich
(ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma)
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Jörg Arnold
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Frank Schnewlin,
Thomas Buess, Adrienne Corboud Fumagalli, Ueli Dietiker,
Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker, Henry Peter,
Dr. Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber, Klaus Tschütscher

Bayerische Landesbank München
IBAN DE96 7005 0000 0001 2646 27
BIC BYLA DE 3303
Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095