

Erklärung der versicherten Person

zum **Antrag** auf **Abschluss** einer **Rentenversicherung** vom _____. Diese Erklärung ist Bestandteil des Versicherungsantrages.

zur bestehenden Versicherungsnummer _____

BB-Nr.	AV-Nummer	Dokubogen-Nr.	Externe Antragsnummer	eAntragsnummer	Partnernummer
--------	-----------	---------------	-----------------------	----------------	---------------

1 Antragsteller/Versicherungsnehmer (die Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter) * freiwillige Angaben

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers
 Titel _____ z.B. Prof., RA z.B. Dr., Dr. med.
 Namensvors. _____ z. B. von, van, del
 Geb.-Datum _____

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Festnetz privat* _____ Mobil* _____ E-Mail* _____

Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____ Beruf _____

2 Zu versichernde Person (bitte nur ausfüllen, falls nicht mit Antragsteller identisch!)

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers
 Titel _____ z.B. Prof., RA z.B. Dr., Dr. med.
 Namensvors. _____ z. B. von, van, del
 Geb.-Datum _____

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

3 Angaben zur beruflichen Tätigkeit der zu versichernden Person (nur auszufüllen bei Beantragung einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)

Derzeitige Tätigkeit/Beruf _____

Höchste Qualifikation (abgeschlossene/s Berufsausbildung, Weiterbildung, Studium, etc.): _____

Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz: _____ % Anzahl unterstellter Mitarbeiter: _____ Berufsgruppe: _____
 ☐ Arbeitnehmer ☐ Auszubildender

4 Gesundheitsverhältnisse, Gefährerhöhung durch Beruf und Sport der zu versichernden Person

GEMÄSS § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ SIND DIE VOM VERSICHERER IN TEXTFORM GESTELLTEN FRAGEN (HIERZU ZÄHLEN U.A. NEBEN DEM ALTER DIE BERUFLICHE SITUATION, DIE AUSÜBUNG SPORTLICHER AKTIVITÄTEN, DIE MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE UND DER AKTUELLE GESUNDHEITZUSTAND SOWIE AUCH DIE EINKOMMENSITUATION, BESTEHENDE BZW. BEANTRAGTE VORVERSICHERUNGEN) NACH BESTEM WISSEN RICHTIG UND VOLLSTÄNDIG ZU BEANTWORTEN UND DABEI AUCH VON MIR FÜR UNWESENTLICH GEHALTENE UMSTÄNDE, NACH DENEN DORT GEFRAGT WIRD, ANZUGEBEN. BEI SCHULDHAFTER VERLETZUNG DIESER PFLICHT KANN DER VERSICHERER VOM VERTRAG ZURÜCKTRETEN, KÜNDIGEN, DEN VERTRAG RÜCKWIRKEND ANPASSEN ODER IHN ANFECHTEN UND GEGEBENFALLS DIE LEISTUNG VERWEIGERN. DIE VOLLSTÄNDIGE MITTEILUNG NACH § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ ENTNEHMEN SIE BITTE PUNKT **6** DIESES ANTRAGES.

Wir haben uns als Versicherer gesetzlich verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen erst ab einer maßgeblichen Todesfallsumme von 300.001 EUR bzw. einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von 30.001 EUR offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateriails eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Bei den genannten Summengrenzen werden Ihre sämtlichen beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen berücksichtigt.

4.1 Besondere Gefahren

- Sind Sie im Beruf besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Aufenthalte in Krisengebieten, Umgang mit explosiven, radioaktiven oder anderen gefährlichen Stoffen, sind Sie Waffenträger oder Mitglied einer Sondereinheit)? Falls ja, legen Sie bitte den entsprechenden Fragebogen bei.
☐ nein ☐ ja, welcher
- Sind Sie in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Wettfahrten, Motorsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Tauchsport, Kampfsport, Berg-/Klettersport, Pferdesport, Radsport, Fun-/Extremsport, Leistungssport)? Falls ja, legen Sie bitte den entsprechenden Fragebogen bei.
☐ nein ☐ ja, welcher
- Beabsichtigen Sie **in den nächsten 12 Monaten** einen Aufenthalt von zusammengerechnet mehr als 3 Monate außerhalb der Europäischen Union?
☐ nein ☐ ja, wo, wann, wie lange

4.2 Erklärungen zum Gesundheitszustand

Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Beispielen um keine abschließende Aufzählung handelt. Wird eine der Fragen 2 bis 11 mit „ja“ beantwortet, sind auf der nächsten Seite nähere Angaben zu machen.

- Wie groß und wie schwer sind Sie? cm kg

Zeitlich unbefristete Fragen

- Wurde bei Ihnen jemals eine **HIV-Infektion** festgestellt (positiver AIDS-Test) oder steht noch ein Testergebnis aus? ☐ ja ☐ nein
- Bestehen **Behinderungen** (auch angeborene) oder haben **Erkrankungen** oder **Unfälle** Folgen hinterlassen (falls erteilt, auch Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], Grad der Schädigungsfolgen [GdS] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] angeben)? ☐ ja ☐ nein
- Wurde bei Ihnen jemals eine **Krebserkrankung** (z.B. Leukämie, bösartiger Tumor, Lymphome) festgestellt? ☐ ja ☐ nein
- Haben **in den letzten 10 Jahren** Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder Aufenthalte in Entzugskliniken stattgefunden oder sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? ☐ ja ☐ nein
- Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Beschwerden**
- der **Atmungsorgane** (z.B. Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Asthma, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe)? ☐ ja ☐ nein
- des **Herzens** oder der **Kreislauforgane/Gefäße** (z.B. Bluthochdruck [Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Anämie)? ☐ ja ☐ nein
- der **Nieren**, der **Harnwege** (z.B. Blut oder Eiweiß im Urin) oder der **Geschlechtsorgane** (z.B. krankhafte Veränderung der Prostata, der Gebärmutter)? ☐ ja ☐ nein
- der **Verdauungsorgane** (z.B. Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Magen, Leber, auch Sodbrennen, Blut im Stuhl)? ☐ ja ☐ nein
- des **Stoffwechsels** oder des **Hormonhaushaltes** (z.B. Diabetes, erhöhte Blutfettwerte [Cholesterin-, Triglyceriderhöhung etc.], Harnsäureerhöhung)? ☐ ja ☐ nein
- der **Augen** (z.B. Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung, Kurz- oder Weitsichtigkeit [Wenn ja, Dioptrien angeben])? ☐ ja ☐ nein
- des **Halses**, der **Nase** oder der **Ohren** (z.B. Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])? ☐ ja ☐ nein
- des **Rückens**, des **Nackens** oder der **Schulter** (z.B. Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Schleudertrauma, Ischias)? ☐ ja ☐ nein
- der **Knochen**, der **Gelenke**, der **Muskeln**, der **Sehnen** oder der **Bänder** (z.B. Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Fibromyalgie)? ☐ ja ☐ nein
- der **Haut** (z.B. Allergie, Ekzeme, Neurodermitis, Akne, Psoriasis)? ☐ ja ☐ nein
- der **Drüsen** (z.B. Schilddrüse), der **Milz** oder des **Blutes** (z.B. Gerinnungsstörung)? ☐ ja ☐ nein
- des **Gehirns** (z.B. Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz), der **Nerven** (z.B. Epilepsie, Lähmung) oder des **Rückenmarks** (z.B. Multiple Sklerose, Myelitis)? ☐ ja ☐ nein
- der **Psyche** (z.B. Depression, psychosomatische oder somatoforme Störung, Burn-out-Syndrom, Erschöpfungszustände, Schlafstörungen [mehr als 5-mal im Monat], Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom [ADS, ADHS])? ☐ ja ☐ nein
- wegen **Infektionskrankheiten**, **Geschlechtskrankheiten** oder **Tropenkrankheiten** (z.B. Borreliose, Hepatitis, Herpes, Malaria)? ☐ ja ☐ nein
- wegen **Tumore** oder **Gewebsneubildungen** (z.B. Adenom, Fibrom, Myom)? ☐ ja ☐ nein
- wegen **Autoimmunerkrankungen** (z.B. Morbus Bechterew, Hashimoto-Thyreoiditis, Arthritis)? ☐ ja ☐ nein
- Nehmen oder nahmen Sie **innerhalb der letzten 5 Jahre** verschreibungspflichtige oder rezeptfreie Medikamente zusammenhängend länger als 1 Woche ein (hiervon ausgenommen sind Mittel zur Empfängnisverhütung, z.B. die Pille)? ☐ ja ☐ nein
- Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** mehr als 3 Wochen ununterbrochen **arbeitsunfähig / krankheitsbedingt von der Schule / Universität / Hochschule abwesend**? ☐ ja ☐ nein
- Besteht oder bestand **in den letzten 5 Jahren** ein sonderpädagogischer Förderbedarf oder hat eine sozialpädagogische Beratung (z.B. im Bereich Lernen, geistige Entwicklung, emotionale und soziale Entwicklung, Sprache, körperliche oder motorische Entwicklung) stattgefunden oder ist dies empfohlen oder geplant? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie **in den letzten 5 Jahren Drogen oder abhängig machende Substanzen** (z.B. Cannabis, Heroin, Extasy, Chrystel Meth, Lachgas, Klebstoff) zu sich genommen (Tabakgenuss ist hier nicht anzugeben)? ☐ ja ☐ nein
- Werden oder wurden Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Folgen von **Alkoholgenuss** beraten oder behandelt oder leiden bzw. litten Sie **in den letzten 5 Jahren** an der **Alkoholkrankheit** (z.B. Alkoholabhängigkeit, Alkoholsucht)? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie **in den letzten zwölf Monaten geraucht** (z.B. Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife, elektronische Rauchgeräte, Shisha, E-Shisha bzw. Wasserpfeife)? ☐ ja ☐ nein

Angabe Arzt/Therapeut

- Welcher Arzt oder Therapeut (z.B. Psychologe, Physiotherapeut, Heilpraktiker) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?
 (Name, Adresse) _____

Erklärungen zum Gesundheitszustand (Fortsetzung)**Wurde eine der Fragen 2 bis 11 mit „ja“ beantwortet, sind hier nähere Angaben zu machen.**

Zu Frage Nr.:	Bezeichnung der Krankheit (Diagnose) bzw. Art der Beschwerden, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung, Untersuchung oder Operation	Beginn und Ende der Behandlung	Beginn und Ende der Arbeits-, Dienstunfähigkeit bzw. krankheitsbedingten Abwesenheit	Name und Anschrift der Ärzte, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, anderen Therapeuten, Krankenhäuser, Sanatorien etc.	Behandlungs-, Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung?		
					nein	ja	Wenn ja, seit wann?

Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen 2 bis 11 nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschiedenen Beiblatt vor (wird Bestandteil des Antrages).
 Beiblatt benutzt? ☐ ja, Anzahl? _____

Falls die zu versichernde Person gewisse Gesundheitsangaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der uniVersa Lebensversicherung a.G. unverzüglich in Textform anzuzeigen.

☐ Es werden gegenüber dem Vermittler bestimmte Gesundheitsangaben nicht gemacht und diese der uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg unverzüglich nach Antragstellung in Textform angezeigt.

5 Weitere Absicherungen, Anträge und Angaben der zu versichernden Person

- Bestehen für Sie weitere Lebensversicherungen und/oder Absicherungen bei Pflegebedürftigkeit, Berufs-, Erwerbs-, Dienstunfähigkeit oder sonstige alternative Invaliditätsdeckungen zur Absicherung der Arbeitskraft, z.B. Grundfähigkeitsrente, betriebliche Altersversorgung, private Vorsorge, Berufsständisches Versorgungswerk oder wurden entsprechende Anträge in den letzten 5 Jahren - auch gleichzeitig mit diesem Antrag - gestellt? ☐ ja ☐ nein
 - Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Optionen auf Berufsunfähigkeitsversicherungen und/oder Versicherungen gegen schwere Erkrankungen oder wurden solche beantragt? ☐ ja ☐ nein
- Wird eine oder beide Fragen mit „ja“ beantwortet, sind hier nähere Angaben zu machen:

Versicherungsgesellschaft, Versorgungsträger etc.	Beginn	Versicherungssumme EUR	jährliche Berufs-, Erwerbs-, Dienstunfähigkeitsrente EUR	Versicherung wird bzw. ist zum Versicherungsbeginn des Neuvertrages ge- kündigt
				☐ ja
				☐ ja
				☐ ja

- Bei beantragter Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)
Bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente **von mehr als 18.000 EUR** (einschließlich aller bestehenden Absicherungen) wird zusätzlich nachfolgende Einkommensangabe benötigt.

Wie hoch war Ihr jährliches Brutto-Arbeitseinkommen innerhalb der letzten 12 Monate? _____ EUR

Für Selbständige/Freiberufler:

Wie hoch war Ihr Gewinn vor Steuern in den letzten 3 Jahren?

Jahr _____ : _____ EUR | Jahr _____ : _____ EUR | Jahr _____ : _____ EUR

Bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente **von mehr als 30.000 EUR** (einschließlich aller bestehenden Absicherungen) sind zusätzlich der Fragebogen Beruf (Formular Nr. LVF-520) sowie Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre einzureichen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragssteller sowie die mitzuversichernde Person verpflichtet sind, uns alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel sowie zur Ergänzung oder Verifizierung Ihrer Angaben bzw. der der versicherten Person im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich sein.

Bevor Sie unterschreiben, lesen Sie bitte die gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht unter Punkt 6 dieses Antrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG zum Inhalt Ihres Antrages.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahre 


Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (bei Minderjährigen)

6 Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Zur Beurteilung des zu versichernden Risikos ist es notwendig, dass Sie die Ihnen gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7 in 90489 Nürnberg schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Für den Fall, dass Sie bereits den Abschluss des Vertrages beantragen, beachten Sie bitte, dass, wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet sind.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf eine Vertragsänderung.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.