

Risikovorfrage
 Antrag Basler Berufsunfähigkeitsversicherung

Antragsteller / Versicherungsnehmer

Herr Frau Nachname _____ Vorname _____
 Straße _____ Haus-Nr. _____
 Postleitzahl _____ Wohnort _____
 Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Nationalität _____
 Familienstand _____ Jetzige Berufstätigkeit _____
 Auszubildender Student Arbeitnehmer selbstständig seit _____ Beamter öffentlicher Dienst
 Telefon _____ E-Mail _____

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller / Versicherungsnehmer)

Herr Frau Nachname _____ Vorname _____
 Straße _____ Haus-Nr. _____
 Postleitzahl _____ Wohnort _____
 Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Nationalität _____
 Familienstand _____ Jetzige Berufstätigkeit _____
 Auszubildender Student Arbeitnehmer selbstständig seit _____ Beamter öffentlicher Dienst

**Versicherungsbeginnn/
Beitragszahlung**

0 1 2 0

Zahlungsweise monatlich, davon abweichend: vierteljährlich halbjährlich jährlich

Haben Sie als zu versichernde Person in den letzten 12 Monaten geraucht?

(z. B. Zigaretten, Zigarillos, E-Zigarette oder auch andere nikotinhaltige Produkte)

ja nein

Basler Berufsunfähigkeitsversicherung (Tarif BP)

mit einer jährlichen Anpassung von 3%

alternativ 5%

keine automatische Erhöhung

garantierte monatliche Berufsunfähigkeits-Rente _____ EUR

Ablauf der Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer mit _____ Jahren

Ablauf der Leistungsdauer mit _____ Jahren

Berufs-klasse _____ Technischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten) _____ %

Medizinischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten) _____ %

Überschusssystem: Beitragsreduktion

PflegeSchutz ArbeitsunfähigkeitsSchutz Tarifbeitrag _____ EUR **Zu zahlender Beitrag** _____ EUR

Einschluss KrankheitenSchutz (Tarif DD) – Ablauf Beitragszahlungs- und Versicherungsdauer: wie Versicherungsdauer Berufsunfähigkeits-Rente

Überschusssystem: Beitragsreduktion Tarifbeitrag (DD) _____ EUR **Zu zahlender Beitrag (DD)** _____ EUR

Zu zahlender Gesamtbeitrag _____ EUR

Bezugsberechtigt im Leistungsfall ist der Versicherungsnehmer.

Abweichend hiervon Versicherte Person die hier genannte Person

Vor-, Nachname _____ Geburtsdatum _____

Falls nachstehend gestellte Fragen nicht richtig und/oder nicht vollständig beantwortet werden, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder später Vertragsanpassungen, auch rückwirkend, notwendig werden. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Erläuterungen und Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht auf Seite 4 des Antrags.

(A) Allgemeine Fragen an die zu versichernde Person

- Planen oder beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten?
 ja nein Land, Zeitraum, Zweck _____
- Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt
 - im Beruf (z. B. Umgang mit Sprengstoff, radioaktiven Substanzen oder Chemikalien, Aufenthalte in Krisengebieten)?
 ja nein Art der Gefahren? _____
 - in der Freizeit (z. B. Tauchsport, Kampfsport, Bergsport, Flugsport aller Art, Motorsport, Teilnahme an Wettfahrten, Extremsport)?
 ja nein Art der Gefahren? _____

(B)

1. Wie hoch ist Ihr jährliches Brutto-Arbeitseinkommen? _____ EUR/Jahr
2. Haben Sie für Ihren aktuell ausgeübten Beruf die entsprechende Ausbildung? ja nein
3. Wie hoch ist der Anteil der Bürotätigkeit, die am Schreibtisch ausgeübt wird? _____ in Prozent ja nein
4. Haben Sie einen akademischen Abschluss (Diplom, Bachelor, Master, Magister, Staatsexamen o. ä.)? ja nein
5. Für wie viele sozialversicherte Vollzeit-Mitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? Anzahl Personen _____
6. Bestehen für Sie weitere Absicherungen, Anwartschaften oder Ansprüche aus nicht gesetzlichen Rentenabsicherungen, Ansprüche aus berufsständischen Versorgungswerken oder Ähnliches? ja nein bei _____ in Höhe von _____ EUR/Jahr

Bei einer jährlichen Berufsunfähigkeits-Rente über EUR 30.000: – Bitte Kopien der letzten 3 Steuerbescheide beifügen – Arztangabe unter C 9. b) erforderlich

Die Versicherung wird mit medizinischem Gesundheits-Check abgeschlossen. Falls ja, ist die Beantwortung der Fragen unter Abschnitt C entbehrlich. ja nein

(C) Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Wir weisen darauf hin, dass die Auflistung der Beispielerkrankungen/-behandlungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt! Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen.

1. Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße? Größe in cm _____ Gewicht in kg _____

Abfragezeitraum 12 Monate:

2. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 12 Monaten häufig oder regelmäßig (z. B. einmal am Tag oder über mindestens einen Monat hinweg) apothekenpflichtige Medikamente (z. B. Salben, Sprays, Tabletten außer der Pille, Spritzen) oder wurden Ihnen solche verordnet? ja nein
3. Sind oder waren Sie in den letzten 12 Monaten mehr als zwei Wochen zusammenhängend nicht in der Lage Ihrer schulischen, studentischen oder beruflichen Tätigkeit nachzugehen? ja nein

Abfragezeitraum 5 Jahre:

4. Sind oder waren Sie aufgrund der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Therapeuten oder medizinischen Einrichtungen in Beratung, Behandlung, Untersuchung, wurde Ihnen dieses angeraten oder ist derartiges geplant? Bitte geben Sie auch Erkrankungen und Beschwerden unter den folgenden Punkten an, wenn Sie sich bis dato nicht in Behandlung, Beratung oder Untersuchung befunden haben:
- a) des Bewegungsapparates (z. B. behandlungsbedürftige Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall, Skoliose, dauerhafter Gelenkschaden, Arthrose, Gelenkverletzungen, Bänderrisse, Knochenbrüche) ja nein
- b) der Psyche (z. B. Burnout-Syndrom, Depression, Angststörung, Essstörung, psychosomatische Störung, Suizidversuch) ja nein
- c) des Nervensystems und Gehirns (z. B. Schlaganfall, Migräne, Spannungskopfschmerz, Verletzungen des Gehirns, Lähmungen, Missempfindungen, Epilepsie) ja nein
- d) der Augen und/oder der Ohren (z. B. Einschränkungen und Störungen der Sehfähigkeit oder des Gesichtsfeldes, Netzhautablösungen, Erhöhung des Augeninnendrucks, Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus, Einschränkungen und Störungen des Hörvermögens) ja nein
- e) der Haut und/oder Allergien (z. B. Neurodermitis, endogenes Ekzem, Schuppenflechte, Psoriasis, Heuschnupfen, Kontaktallergien, Mehlstauballergie) ja nein
- f) der Atemwege (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Funktionseinschränkungen der Lunge, Schlaf-Apnoe-Syndrom) ja nein
- g) des Herzkreislaufsystems (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Embolien, Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzmuskelerkrankungen, Herzinfarkt, Krampfadern, Lymphödem) ja nein
- h) des Stoffwechsels (z. B. Erhöhung der Blutfette, Diabetes, Über- und Unterfunktion der Schilddrüse) ja nein
- i) der Verdauungsorgane (z. B. chronische Durchfälle, chronische Bauchschmerzen, Blut im Stuhl, Sodbrennen, Lebervergrößerungen, Lebervergrößerung) ja nein
- j) der Nieren, Harn- und/oder Geschlechtsorgane (z. B. auffällige Nierenwerte, chronische Nierenentzündung, auffällige Urinbefunde, Prostatavergrößerung, kontrollpflichtige Veränderungen in Vorsorgeuntersuchungen) ja nein
- k) des Blutes und/oder der blutbildenden Organe (z. B. Blutarmut, Blutbildungsstörungen, Vergrößerungen der Milz) ja nein
- l) gutartige Tumore (z. B. Knoten, Wucherungen oder kontrollbedürftige Neubildungen (u. a. Brustknoten, Hautknoten, Meningeome, Adenome) und/oder bösartige Tumore (z. B. Hautkrebs, Brustkrebs, Lymphdrüsenkrebs, Schilddrüsenkrebs, Prostatakrebs, Blutkrebs) ja nein
5. Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? ja nein

Abfragezeitraum 10 Jahre:

6. Sind oder waren Sie aufgrund der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden in den letzten 10 Jahren bei Ärzten, Therapeuten oder medizinischen Einrichtungen in Beratung, Behandlung, Untersuchung, wurde Ihnen diese angeraten oder ist derartiges geplant?
- a) des Immunsystems (z. B. Rheuma, chronische Polyarthritis, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Multiple Sklerose, primär biliäre Zirrhose, Lupus erythematoses) ja nein
- b) schwere Infektionen (z. B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis) ja nein
7. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder einer anderen stationären Einrichtung der medizinischen Versorgung beraten, behandelt oder untersucht? (Es müssen keine Angaben zu Schwangerschaften und Geburten gemacht werden) ja nein

Ergänzende Angaben

8. Erhalten/erhielten oder beantrag(t)en Sie in den letzten 5 Jahren eine Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder aus anderen gesundheitlichen Gründen oder besitzen oder beantrag(t)en Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht oder liegt Ihnen ein Feststellungsbescheid vor? (Wenn ja: bitte fügen Sie den Rentenbescheid mit Begründungsteil in Kopie bei) ja nein

9. Bitte geben Sie Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie unter Abschnitt (C) mit „ja“ beantwortet haben (z. B. Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, behandelnde Ärzte mit Namen und vollständiger Anschrift).

9. a) Seit wann besteht völlige Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung der angegebenen Erkrankungen, Unfälle oder Operationen?

9. b) Welcher Arzt (Name, Anschrift) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?
Bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente über EUR 30.000,- ist die Angabe unentbehrlich.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Basler Lebensversicherungs-AG
Basler Sachversicherungs-AG

Gläubiger ID: DE81ZZZ00000243242
Gläubiger ID: DE87ZZZ00000243328

Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie von uns mit der nächsten Korrespondenz.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der SEPA-Lastschrifteinzug wird nach Änderung des Betrags oder der Fälligkeit spätestens 5 Kalendertage im Voraus angekündigt.

Angaben zum Kontoinhaber

Nachname/Firma

Vorname

Straße

Haus-Nr.

Postleitzahl

Wohnort

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Vorwahl

Telefon-Nr.

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort

Datum

Unterschrift des/der Kontoinhaber/s

X

Erklärung zu Versicherungsbedingungen und -informationen

Gem. § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes sind wir verpflichtet, Ihnen die erforderlichen Vertragsbestimmungen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung mitzuteilen. Damit soll Ihnen Gelegenheit gegeben werden, sich vor Abgabe Ihres Antrags mit den Einzelheiten des Vertrags vertraut zu machen.

Empfangsbestätigung:

Das Produktinformationsblatt, die individuellen Vertragsinformationen sowie das Bedingungsheft Basler Berufsunfähigkeitsversicherung BAL 1545

Stand 05 / 18

sowie die Seiten 1–8 dieses Antrags habe ich erhalten.

Unterschrift des Versicherungsnehmers

X

Besondere Vereinbarungen Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Der Antrag gilt nur, wenn die besonderen Vereinbarungen zustande kommen.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Seiten 4 bis 8 des Antrags mit den Erläuterungen und Hinweisen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zum Widerrufsrecht, zu den Datenschutzhinweisen/Ermächtigungen zur Datenverarbeitung sowie zum vorläufigen Versicherungsschutz. Bitte fügen Sie das Formular BAL 0100 (Schweigepflichtentbindungserklärung) diesem Antrag bei. Es wird mit Zustandekommen des Versicherungsvertrags Vertragsbestandteil. Ich bestätige, dass ich weder als US-Person gelte noch aus anderen Gründen in den USA unbeschränkt steuerpflichtig bin. Weiterhin gelte ich auch nicht als passive Non-Financial Foreign Entity mit unbeschränkt US-steuerpflichtiger beherrschender Person. Diese Aussage trifft auch auf wirtschaftlich Berechtigte bzw. beherrschende Personen, die Versicherten und namentlich genannte begünstigte Personen zu. Bitte beachten Sie hierzu die Hinweise auf Seite 8 des Antrags.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

X

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

X

Unterschrift der zu versichernden Person
(falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer)

X

Unterschrift des Vermittlers

X

Werber-Nummer

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen ist für den Antragsteller/Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.