

Risikovorfrage Antrag Basler Berufsunfähigkeitsversicherung

(Höchst Eintrittsalter 30. Lebensjahr sowie bis max. 2.000 EUR gar. mtl. Berufsunfähigkeitsrente)

Für junge Leute

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

Versicherungsbeginn/
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) Basler Berufsunfähigkeitsversicherung mit jährlicher Leistungsdynamik (Tarif BPL)

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 _____ % Medizinischer Zuschlag _____ % Überschussystem: Beitragsreduktion

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

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

Überschussystem: 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

(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. a) 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
- b) 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 3 Jahre:

Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten 3 Jahren Erkrankungen oder Beschwerden der folgenden Punkte haben/hatten und/oder sich deswegen in ärztlicher Behandlung, Beratung oder Untersuchung befinden/befunden haben.

- 3. a) Schmerzen, Missempfindungen (z. B. Migräne, Spannungskopfschmerz, behandlungsbedürftige Rückenschmerzen, dauerhafter Gelenkschaden, Arthrose, Knochenbrüche, Taubheitsgefühle, behandlungsbedürftige Bauchschmerzen, Verletzungen der Gelenke) ja nein
- b) Funktionseinschränkungen und/oder Funktionsstörungen (z. B. chronische Durchfälle, chronische Verstopfung, Fehlsichtigkeit von mehr als -8 Dioptrien, dauerhafte Hörminderungen, angeborener Herzfehler) ja nein
- c) Störungen der psychischen Leistungsfähigkeit und der Psyche (z. B. ADHS, Essstörung, psychosomatische Störung, Angststörung, Selbstmordversuch, Depression) ja nein
- d) Störungen der Haut- und/oder der Atemwegsfunktion (z. B. wiederkehrende Hautausschläge, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautunverträglichkeiten, Asthma, dauerhafter Husten, allergische Reaktionen der Haut, allergische Reaktionen der Atemwege, allergische Reaktionen der Lunge) ja nein

Abfragezeitraum 5 Jahre:

Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten 5 Jahren Erkrankungen oder Beschwerden der folgenden Punkte haben/hatten und/oder sich deswegen in ärztlicher Behandlung, Beratung oder Untersuchung befinden/befunden haben.

- 4. a) Erkrankungen des Immunsystems (z. B. wiederkehrende Gelenkentzündungen, Rheuma, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Multiple Sklerose, Lupus erythematoses, Morbus Still) ja nein
- b) schwere Infektionen (z. B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV) ja nein
- c) gutartige und/oder bösartige Neubildungen (Tumorerkrankungen) (z. B. Leukämie, auffälliger/kontrollpflichtiger Befund beim Haut- oder Frauenarzt) ja nein
- 5. Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? ja nein
- 6. Wurden Sie in den letzten 5 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
- 7. 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).

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

- 7. b) Welcher Arzt (Name, Anschrift) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?

