

**zu versichernde Person** wenn nicht Versicherungsnehmer (immer auszufüllen bei Firmenversicherung)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Herr	Frau	Titel	Name, Vorname
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Straße, Hausnummer			Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Postleitzahl	Wohnort (Erstwohnsitz muss in Deutschland sein)		<input type="checkbox"/> angestellt
<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> selbstständig
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Beamter/-anw.
Geburtsort	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) <sup>1</sup>	Branche bzw. Studiengang und Semester	

## VI. Technische Daten der Berufsunfähigkeitsversicherung

0 1 2 0 1  siehe beigefügten, unterschriebenen Vorschlag vom 2 0 1 **Bitte immer den vom Kunden unterschriebenen Kurzvorschlag einreichen!**

Versicherungsbeginn

Kein rückwirkender Versicherungsschutz. Bei Firmenversicherung muss die Versicherungs- und Leistungsdauer mindestens bis zum Alter 62 vereinbart werden.

### Dynamik<sup>3</sup>

ja  nein

(B, O, P)  
Form

% (bei Form B)  
jährliche Steigerung des Beitrags 2-5% (2-3% bei 4U)

Bei Direktversicherung ist ausschließlich Form O oder P möglich.  
Bei Privatvertrag und Rückdeckungsversicherung ist ausschließlich Form B möglich.

## VII. Besondere Risikofragen der Swiss Life an die zu versichernde Person

**Hinweis: Wir bitten Sie, jede Frage genau und vollständig zu beantworten. Bitte beachten Sie auf Seite 2 die Gesonderte Mitteilung über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG. Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, müssen Swiss Life unverzüglich schriftlich angezeigt werden. Diese Verpflichtung gilt auch für den Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots (Invitationsmodell). Falls Sie Fragen falsch oder unvollständig beantworten, können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, ihn anpassen oder die Leistung teilweise oder vollständig verweigern.**

### A. Berufliche Tätigkeit

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\*?  
(Monateinkommen bitte auf Jahreseinkommen umrechnen)

€

\* 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.

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!

### B. 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	Bleibt bestehen
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	€	<input checked="" type="checkbox"/>
Kapitalleistung bei schweren Krankheiten		€	
Summe der Jahresrenten:		<input type="text"/>	€

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 letzte 5 Jahre (60 Monate)?

ja  nein

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

<sup>3-4</sup> = Ergänzende Informationen siehe Seite 10

## VIII. Fragen der Swiss Life an die zu versichernde Person

**Hinweis: Wir bitten Sie, jede Frage genau und vollständig zu beantworten. Bitte beachten Sie auf Seite 2 die Gesonderte Mitteilung über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG. Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, müssen Swiss Life unverzüglich schriftlich angezeigt werden. Diese Verpflichtung gilt auch für den Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots (Invitationsmodell). Falls Sie Fragen falsch oder unvollständig beantworten, 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. Allgemeine Fragen

1. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Wenn ja, welche?  
(Bitte genaue Angaben über Umfang und Dauer der gewünschten Vereinbarung)

2. Vorversicherungen bzw. weitere Anträge bei Swiss Life

### B. 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?

2. Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z. B. Flugrisiko\*, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen\*, Aufenthalt in Krisengebieten\*), bei Sport oder Hobby (z. B. Flusport\* 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

3. Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 6 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? Wann, wohin, wie lange, aus welchem Grund und wie sind Sie dort untergebracht?  
Wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen Auslandsaufenthalt ausfüllen.

beruflich  privat

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

5. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)?  
(Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und Erkrankung beifügen)

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)

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

Zutreffendes bitte ergänzen bzw. ankreuzen

ja  nein   
Versicherungsnummer, falls bekannt

ja  nein Wenn ja, bitte Fragebogen Vorversicherung ausfüllen.

ja  nein   
Wenn ja, welchen?

ja  nein   
Wo, Zeitraum, Grund?

ja  nein   
Wenn ja, welche?

ja  nein   
Wenn ja, aufgrund welchen Leidens?

### Hinweis zu versdiagnose:

Die Fragen im folgenden Abschnitt C. 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.

### C. Versicherung ohne ärztliche Untersuchung (Wenn eine der Gesundheitsfragen mit Ja beantwortet wird, bitte unter D. 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, Burn-Out-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

links  rechts

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

\* Wenn ja, bitte den jeweiligen Fragebogen zusätzlich ausfüllen (siehe WebOffice, www.swisslife.de oder EVA-Druckstücke - Suchbegriff „Fragebogen“). Dies beschleunigt die Antragsbearbeitung und erspart Rückfragen.

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

**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

**D. Wenn eine der Gesundheitsfragen (C.) 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 beigefügt, das vom Versicherungsnehmer und der zu versichernden Person unterschrieben ist.

**E. Versicherung mit ärztlicher Untersuchung**

(Bei einer BU-Rente 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 B.8. eintragen)