

Antrag

Vermittlernamen

Vermittlernummer

Telefonnummer für Nachfragen zum Antrag

Dialog Lebensversicherungs-AG
Stadtberger Str. 99, 86157 Augsburg

Risikolebensversicherung RISK-vario®

Antragsteller Frau Herr Firma

Name Vorname Titel Geburtsname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Geburtsort Staatsangehörigkeit

Land PLZ Ort derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung) Telefon für Antragsrückfragen (tagsüber)

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller) Frau Herr

Name Vorname Titel Geburtsname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Geburtsort Staatsangehörigkeit

Land PLZ Ort derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung) Telefon für Antragsrückfragen (tagsüber)

Zusätzliche Fragen an die zu versichernde Person bzw. an den Antragsteller (falls gleichzeitig zu versichernde Person)

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Versicherungsschutz

Tarif: RISK-vario® RISK-vario® Premium RISK-vario® Basic

Beitragsart: konstant risikoadäquat Einmalbeitrag (EB)

Summenverlauf: konstant linear fallend* Finanzierung (annuitätisch)* Zeitrente* Sparplanabsicherung* wahlfrei*

* Bitte reichen Sie das unterschriebene Angebot mit dem Verlauf der Versicherungssumme je Versicherungsjahr ein!

verbundene Leben (bitte Zusatzerklärung für weitere versicherte Personen (A802D) ausfüllen)

Versicherungsbeginn Eintrittsalter Versicherungssumme Versicherungsdauer Beitragszahlungsdauer
01. Euro Jahre Jahre

Dynamik: Bei konstantem Verlauf (nicht möglich bei: EB) ist eine planmäßige Erhöhung um 2 % vorbelegt.

Statt einer Erhöhung um 2 % beantrage ich eine Erhöhung um % (3–10 %, bei Einschluss BUZ/EUZ 3–5 %, in 1 %-Schritten).

Ich wünsche **keine** Dynamik.

Unfalltod-Schutz mit erhöhter Versicherungssumme bei Unfalltod (nicht möglich bei: risikoadäquat, EB, verbundene Leben und RISK-vario® Basic).

UZV-Prozentsatz zwischen 50–100 % der anfänglichen Versicherungssumme, in 1 %-Schritten %

Berufsunfähigkeits-Schutz (BUZ)

Erwerbsunfähigkeits-Schutz (EUZ)

Beitragsbefreiung und bare Rente (max. Rente 48 % der anfängl. Versicherungssumme) **nur Beitragsbefreiung**

Zusatzversicherungen nicht möglich bei: risikoadäquat, Einmalbeitrag, verbundene Leben. Pro Vertrag **entweder BUZ oder EUZ**

BUZ/EUZ-Optionen: 2% Rentendynamik im Leistungsfall Pflagerentenoption: Jahresrente: Euro (nicht mgl. bei „nur Beitragsbefreiung“)

Verzicht auf § 163 VVG Dread Disease: Einmalleistung: Euro

Zusatzzahlung AU-Option (nicht bei EUZ)

Beruf lt. Angebot Versicherungsdauer Leistungsdauer (ab Versicherungsbeginn) Karenzzeit Jahresrente
Jahre Jahre Monate Euro

Beitragszahlung (Mindestbeitrag 5,00 Euro netto) jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich einmalig (EB)

Gesamtbeitrag laut Zahlungsweise **brutto** **Euro** **netto**** ** kann nicht garantiert werden, siehe Erläuterung in den Schlusserklärungen auf Seite 7.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000029008 / Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Dialog Lebensversicherungs-AG, Stadtberger Str. 99, 86157 Augsburg, Beiträge (einen einmaligen Beitrag – bei Einmalbeitragsversicherungen) von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Dialog Lebensversicherungs-AG einzulösen.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass ich/wir die Vorab-Ankündigung des SEPA-Lastschrifteinzugs in der Regel 14 Kalendertage, in Einzelfällen bis spätestens einen Tag, vor Fälligkeit erhalte/n.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: Name und Ort des Kreditinstituts

Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller (Name, Straße, Hausnummer, Land, PLZ, Ort)

Ort, Datum Unterschrift/en Kontoinhaber **Wichtig!**
Erforderliche Unterschrift(en)

Angaben zum Geldwäschegesetz

Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

Ja, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und alle damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.
 Nein, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung bzw. auf Veranlassung eines Dritten.

Name, alle Vornamen, Geburtsdatum und Staatsangehörigkeit des veranlassenden Dritten: Meldeanschrift:

Beziehung zu dieser Person: Bitte erläutern Sie die Hintergründe, weshalb die Geschäftsbeziehung / Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt:

Identifizierung des Vertragspartners durch amtlich gültigen Ausweis. Bitte füllen Sie die folgenden Felder vollständig aus und fügen Sie eine lesbare Kopie (Vorder- und Rückseite) des zur Identifizierung verwendeten Ausweises bei. **Falls Vertragspartner eine Firma ist, bitte GwG-Ermittlungsbogen einreichen und alle Personen, die den Antrag unterzeichnen, anhand des Ausweises identifizieren. Bitte Ausweiskopie und Vollmachtsnachweis/e beifügen.**

Personalausweis- / Reisepass-Nr. gültig bis ausstellende Behörde

Geburtsort des Vertragspartners Geburtsland des Vertragspartners Staatsangehörigkeit

Bezugsrecht

Bezugsberechtigter im Erlebensfall der versicherten Person bzw. aller versicherten Personen ist der Versicherungsnehmer.

Bezugsberechtigter im Todesfall ist in nachstehender Rangfolge:

1. bei Versicherungen **auf ein Leben**
 - a) der Versicherungsnehmer, soweit nicht versicherte Person,
 - b) der Ehegatte, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet war
2. bei Versicherungen **auf mehrere verbundene Leben**
 - a) der Versicherungsnehmer, soweit nicht verstorbene versicherte Person
 - b) die überlebende(n) versicherte(n) Person(en); bei gleichzeitigem Ableben der versicherten Personen soll folgende Person bezugsberechtigter sein (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Sofern Sie ein **abweichendes Bezugsrecht** im Todesfall wünschen, bitte nachstehend eintragen (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Fragen an die zu versichernde Person: Für weitere versicherte Personen bitte je eine Zusatzklärung (A802D) verwenden.

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie die jeweiligen Beschwerden mit Ihren eigenen Worten. Zur leichteren Beantwortung der Fragen nennen wir häufige Beispiele uns wichtiger Angaben. Diese Beispiele sind nicht abschließend. Ihre Reihenfolge beinhaltet keine Wertung. Zu durchgeführten Gentests beachten Sie bitte den Hinweis auf Seite 7 „Gentests“. Bitte nutzen Sie zu häufigen Erkrankungen unsere Zusatzklärungen in der Angebots-Software oder unter www.dialog-leben.de.

Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht: Sie sind verpflichtet, sämtliche im Antrag gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer je nach Verschulden berechtigen, den Vertrag anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder – auch rückwirkend – anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen. Bitte beachten Sie dazu auch die gesonderte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 6 des Antrags.

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar an die Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen.

1. Planen Sie innerhalb der nächsten **12 Monate** Aufenthalte von mehr als 3 Monaten am Stück außerhalb Europas, den USA oder Kanadas? ja nein

Wenn ja: wohin, wann und wie lange?

2. Üben Sie in Beruf oder Freizeit Aktivitäten mit einer erhöhten Unfallgefahr oder einem erhöhten Verletzungsrisiko aus (z.B. Bergsport, Chemikalien, Militär, Sondereinheiten, Sprengstoff, Strahlen, Fallschirmspringen, Flugsport, Gleitschirm-, Drachenfliegen, Kampfsport, Klettern, Rennsport, Tauchen, Extremsport, Expeditionen)? ja nein

Wenn ja, nähere Angaben:

- 2.1 Haben Sie in den letzten **12 Monaten** (E-)Zigaretten, (E-)Zigarillos, (E-)Zigarren, (E-)Pfeifen **geraucht** (siehe hierzu auch § 2a ABRis-D)? ja nein

3. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist über Ihre Gesundheit am besten informiert? (Bitte Name und Anschrift angeben)

4. Körpergröße und Gewicht: cm kg

5. Wurde bei Ihnen **jemals** eine HIV-Infektion festgestellt? ja nein

6. Wurden Sie in den letzten **10 Jahren** in einem Krankenhaus, in Rehabilitations- oder Kureinrichtungen stationär untersucht, behandelt oder operiert (ambulant oder stationär) oder ist dies für die nächsten 12 Monate beabsichtigt oder von einem Arzt oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten empfohlen worden? ja nein

7. Sind oder waren Sie in den letzten **5 Jahren** wegen **Krankheiten oder Beschwerden** bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung

- 7a durch akute oder chronische **Infektionen**, z.B. Borreliose, Hepatitis, Malaria, rheumatische Beschwerden, Tuberkulose? ja nein

- 7b des **Herzens, Kreislaufs oder der Gefäße**, z.B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörung, Herzfehler, Herzinfarkt, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Venenentzündung? ja nein

- 7c der **Atmungsorgane**, z.B. Asthma, chronische oder mehr als 3mal jährlich Bronchitis, Schlafapnoe? ja nein

- 7d an **Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber**, z.B. ärztlich festgestellte erhöhte Leberwerte, Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, Magengeschwür? ja nein

- 7e an **Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust**, z.B. Blut- oder Eiweißausscheidung, Nierenentzündung, Steinleiden? ja nein

- 7f des **Stoffwechsels** oder **Hormonhaushalts**, z.B. Eiweiß, Zucker oder Blut im Urin, ärztlich festgestellte erhöhte Blutfettwerte, Funktionsstörung der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit? ja nein

- 7g des **Blutes** oder **Tumorerkrankungen**, z.B. Anämie, Gerinnungsstörung, Krebs, Leukämie, Zyste? ja nein

- 7h der **Psyche**, z.B. Angststörung, Burnout-Syndrom, Depression, Essstörung, Neurose, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Selbsttötungsversuch, Überlastungszustand? ja nein

- 7i des **Gehirns, Nervensystems oder neurologischer Art**, z.B. Epilepsie, Krämpfe, mehrmals wöchentlich Kopfschmerzen, Lähmung, Multiple Sklerose? ja nein

8. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten **5 Jahren** regelmäßig Medikamente, d.h. mehr als einen Monat lang täglich oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Präparat, auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel; oder wurden Ihnen welche verordnet? (Empfänger-Verhütungsmittel sind davon ausgenommen)

Falls ja, welche?

9. Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten **5 Jahren** Betäubungsmittel, Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt? ja nein

Bitte zusätzlich ausfüllen, wenn eine BUZ / EUZ (Beitragsbefreiung und/oder Rente) beantragt wird:

10. Sind Sie oder waren Sie in den letzten **5 Jahren** wegen **Krankheiten oder Beschwerden** bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio- oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung

- a. der **Wirbelsäule**, z.B. Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Hexenschuss, Rückenschmerzen? ja nein

- b. der **Knochen, Gelenke**, z.B. Arthrose, Bänderverletzung, Gelenkentzündung, Hüftfehlstellung, Meniskusverletzung? ja nein

- c. der **Haut, Allergien**, z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-) Ekzem, Schuppenflechte? ja nein

- d. der **Ohren**, z.B. Gleichgewichtsstörung, Hörsturz, Tinnitus, vermindertes Hörvermögen? ja nein

- e. der **Augen**, z.B. grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, Komplikationen nach LASIK-OP oder haben Sie eine Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien? Bei Fehlsichtigkeit ab 6 Dioptrien bitte Wert angeben: li re ja nein

11. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB), beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente (z. B. Unfallrente) oder ist eine solche beantragt? ja nein

Nur ausfüllen, wenn eine BUZ- / EUZ-Rente beantragt wird:

12. Bestehen Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits- / Dread Disease- / Critical Illness- / Schwere Krankheits-Versicherungen, Ansprüche auf entsprechende Renten von sonstigen Rententrägern (z. B. berufsständische Versorgungseinrichtungen) oder wurden in den **letzten 5 Jahren** solche Versicherungen beantragt? Wenn ja, wo? Höhe der Jahresrente? Wurden diese zu erschwerten Bedingungen angeboten, angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? ja nein

13. Ab einer jährlichen BU/EU-Rente (einschließlich bestehender Anwartschaften) von 18.001,- EUR oder mehr: Gesamt-Brutto-Arbeitseinkommen der zu versichernden Person in den letzten 12 Monaten?
Bei einer Rente von 30.000,- EUR oder mehr (einschl. bestehender Anwartschaften) siehe Erläuterungen in den Schlusserklärungen auf S. 7

14. Für wie viele Vollzeitmitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? (Nicht erforderlich bei EUZ) Anzahl:

15. Sind Sie angestellt selbständig/freiberuflich Beamter/-in Student/in Schüler/in Azubi

Fachrichtung, Branche:

16. Beträgt Ihr Anteil an Büro- bzw. aufsichtsführender Tätigkeit mindestens 75 %? ja nein

17. Haben Sie eine abgeschlossene kaufmännische Ausbildung? ja nein

18. Haben Sie in Ihrer derzeit ausgeübten Tätigkeit eine Meisterprüfung abgeschlossen? ja nein

19. Haben Sie ein abgeschlossenes Stuhum an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule? ja nein

