

Vermittlername
Vermittlernummer
Telefonnummer für Nachfragen zum Antrag

**Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU)
Selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (SEU)**

Antragsteller <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> 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 Leben in Ihrem Haushalt Kinder? ja nein

Beantragter Versicherungsschutz:

SBU-professional SEU-protect®
 SBU-solution® (Bitte das unterschriebene Angebot mit Verlauf der Beiträge je Versicherungsjahr einreichen)

Optionen:

Rentendynamik im Leistungsfall um % (1 - 5 %, ganzzahlig)
 Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG Zusatzzahlung (nicht bei SBU-solution®)
 Dread Disease (nicht bei SBU-solution®) Pflegerentenoption: Jahresrente Euro

Versicherungsbeginn	Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer	Jahresrente	Leistungsdauer (ab Versicherungsbeginn)	Karenzzeit
01.	Jahre	Jahre	Euro	Jahre	Monate

Beruf lt. Angebot

Dynamik in der Anwartschaft
Ich wünsche eine Dynamik um % (2 - 5 %, ganzzahlig).

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

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

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000029008 / Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt
Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Dialog Lebensversicherungs-AG, 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, 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		
Falls Vertragspartner eine Firma ist, bitte Ermittlungsbogen nach dem GWG (A083) einreichen!		
<input type="checkbox"/> Personalausweis- / <input type="checkbox"/> Reisepass-Nr.	gültig bis	ausstellende Behörde
Geburtsort des Vertragspartners	Geburtsland des Vertragspartners	Staatsangehörigkeit

Bezugsrecht für Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente

Bezugsberechtigt für eine Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente / eine Leistung aus der Option Dread Disease ist der Versicherungsnehmer.

Falls Sie ein anderes Erlebensfallbezugsrecht wünschen, bitte nachstehend eintragen (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift):

Fragen an die zu versichernde Person:

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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: wohin, wann und wie lange?	<input type="text"/>	
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)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, nähere Angaben:	<input type="text"/>	
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)	<input type="text"/>	
4. Körpergröße und Gewicht:	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg
5. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7b des Herzens, Kreislaufs oder der Gefäße , z.B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörung, Herzfehler, Herzinfarkt, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Venenentzündung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7c der Atmungsorgane , z.B. Asthma, chronische oder mehr als 3mal jährlich Bronchitis, Schlafapnoe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7d an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber , z.B. ärztlich festgestellte erhöhte Leberwerte, Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, Magengeschwür?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7e an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust , z.B. Blut- oder Eiweißausscheidung, Nierenentzündung, Steinleiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7f des Stoffwechsels oder Hormonhaushalts , z.B. Eiweiß, Zucker oder Blut im Urin, ärztlich festgestellte erhöhte Blutfettwerte, Funktionsstörung der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7g des Blutes oder Tumorerkrankungen , z.B. Anämie, Gerinnungsstörung, Krebs, Leukämie, Zyste?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7h der Psyche , z.B. Angststörung, Burnout-Syndrom, Depression, Essstörung, Neurose, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Selbsttötungsversuch, Überlastungszustand?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7i des Gehirns, Nervensystems oder neurologischer Art , z.B. Epilepsie, Krämpfe, mehrmals wöchentlich Kopfschmerzen, Lähmung, Multiple Sklerose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7j der Wirbelsäule , z.B. Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Hexenschuss, Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7k der Knochen, Gelenke , z.B. Arthrose, Bänderverletzung, Gelenkentzündung, Hüftfehlstellung, Meniskusverletzung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7l der Haut, Allergien , z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-) Ekzem, Schuppenflechte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7m der Ohren , z.B. Gleichgewichtsstörung, Hörsturz, Tinnitus, vermindertes Hörvermögen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7n 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:	<input type="text"/> li	<input type="text"/> re
8. Nehmen Sie 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? (Empfängnisverhütungsmittel sind davon ausgenommen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?	<input type="text"/>	
9. Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Betäubungsmittel, Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. 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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. Bestehen Berufs- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen, Ansprüche auf Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente von sonstigen Rententrägern (z.B. berufsständische Versorgungseinrichtungen) oder wurden in den letzten 5 Jahren Berufs- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen beantragt? Wenn ja, wo? Höhe der Jahresrente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. Ab einer jährlichen BU/EU-Rente (einschließlich bestehender Anwartschaften) von 18.000,- EUR oder mehr: Gesamt-Brutto-Arbeitseinkommen der zu versichernden Person in den letzten 12 Monaten?	<input type="text"/>	
Bei einer Rente von 30.000,- EUR oder mehr (einschl. bestehender Anwartschaften) siehe Erläuterungen in den Schlusserklärungen auf S. 7		
13. Für wie viele Vollzeitmitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? (Nicht erforderlich bei SEU) Anzahl:	<input type="text"/>	
14. Sind Sie <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig/freiberuflich <input type="checkbox"/> Beamter/-in <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Azubi		
Fachrichtung, Branche:	<input type="text"/>	
15. Beträgt Ihr Anteil an Büro- bzw. aufsichtsführender Tätigkeit mindestens 75 %?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16. Haben Sie eine abgeschlossene kaufmännische Ausbildung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17. Haben Sie in Ihrer derzeit ausgeübten Tätigkeit eine Meisterprüfung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18. Haben Sie ein abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Ziffern 5 bis 11 bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben:

Zu Frage Nr.	Weswegen? Bitte geben Sie an: Art, Verlauf, Folgen, z.B. der Krankheit, Verletzung, Ergebnis der Untersuchung? Erhöhte Laborwerte?	Wann? Wie oft? Wie lange? Dauer von bis?	Ergebnis, Folgen? Gutartig / bösartig? Ist Heilung erfolgt? Wenn ja, seit wann?	Namen der behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ergänzende Angaben liegen bei: Anzahl Extrablätter

Es folgen noch Angaben