

- SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.
 SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft

Gesundheitserklärung und weitere Angaben zum Antrag Berufsunfähigkeitsversicherung

Bei Abschluss von: <ul style="list-style-type: none"> • Berufsunfähigkeitsversicherungen • Rentenversicherungen mit Einschluss von Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen mit Rentenleistung 	Versicherungsnummer	RINR
	Datum der Antragstellung	

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antragsteller (Versicherungsnehmer): Name, Vorname	Versicherte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum
--	-----------------------------------	--------------

Berufliche Tätigkeit	Art des Betriebes, der Branche, Behörde, Dienststelle
----------------------	---

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen nachfolgend in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Falls Sie die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder die Anfechtung zu erklären, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Einzelheiten dazu finden Sie in der auf der Seite 7 vor dem Abschnitt mit den Unterschriften abgedruckten Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG.

Fragen an die versicherte Person

1 Allgemeine Fragen

1.1 Wurden in den letzten 5 Jahren bereits Anträge auf Lebens-, Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen bei anderen Versicherungen zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? **ja** **nein**

Wenn ja, bei welcher Versicherung?

1.2 Üben Sie Aktivitäten mit einem höheren Verletzungsrisiko aus, als bei Breitensportarten üblich (z. B. Motorradsport, Klettern / Bergsport, Tauchsport, Reitsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Kampfsport)? **ja** **nein**

Wenn ja: Welche?

1.3 Sind Sie im Beruf besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit explosiven oder radioaktiven Stoffen, Aufenthalte in Krisengebieten)? **ja** **nein**

Wenn ja: Welchen?

1.4 Beabsichtigen Sie sich in den nächsten 12 Monaten länger als 3 Monate im außereuropäischen Ausland aufzuhalten? **ja** **nein**

Wenn ja: Wo? Wann? Wie lange? Zweck des Aufenthaltes?

1.5 Körpergröße cm Körpergewicht kg

1.6 Welcher Arzt oder Heilpraktiker ist über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse am besten informiert?

Bitte Namen und Anschrift angeben.

2 Gesundheitsfragen	
<p>Eine Offenlegung von bereits durchgeführten Gentests, bei denen das Erbmateriale auf die Veranlagung für bestimmte Krankheiten untersucht wurde, wird nicht verlangt. Vorgelegte Befunde aus solchen Gentests werden nicht verwertet, sofern die insgesamt für die versicherte Person bei Versicherungsunternehmen beantragten bzw. bereits abgeschlossenen Versicherungssummen weniger als 300.000 EUR bzw. Jahresrenten weniger als 30.000 EUR betragen.</p>	<p>Bitte nennen Sie uns die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie das Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Wichtig ist dabei, dass Sie uns - ohne eigene Bewertung - alle Ihnen bekannten Gesundheits- und Funktionsstörungen und/oder Beschwerden und/oder Krankheiten angeben. Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Bitte beachten Sie, dass diese Beispiele nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbeispiele aus dem jeweiligen Antwortbereich umfassen – die Beispiele entsprechen keiner abschließenden Aufzählung.</p>
<p>Hinweis: Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund müssen Sie in den nachfolgenden Gesundheitsfragen nicht angeben.</p>	
<p>2.1 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb des letzten Jahres verschreibungspflichtige Medikamente ein? Wenn ja: Welche? Warum, wann und wie oft?</p>	<p>ja nein</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<p>2.2 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb des letzten Jahres rezeptfreie Medikamente länger als eine Woche ununterbrochen ein? Wenn ja: Welche? Warum, wann und wie oft?</p>	<p>ja nein</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<p>2.3 Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen...</p> <ul style="list-style-type: none"> • des Herzens oder des Kreislaufs (z. B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Embolie, Thrombose, Venenleiden, Schwindel usw.)? Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen? 	<p>ja nein</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • der Atmungsorgane (z. B. Asthma, Heuschnupfen, Allergien, Schlafapnoe usw.)? Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen? 	<p>ja nein</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle (denken Sie auch an erhöhte Leberwerte, Sodbrennen usw.)? Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen? 	<p>ja nein</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • der Nieren sowie der Harn- und Geschlechtsorgane (denken Sie auch an Blut oder Eiweiß im Urin usw.)? Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen? 	<p>ja nein</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • der Haut (denken Sie auch an Allergien, Muttermal-/Leberfleckenentfernung, Verbrennungen ab 2. Grades usw.)? Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen? Bei Muttermal- / Leberfleckenentfernung: Befund gutartig oder bösartig? 	<p>ja nein</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • des Gehirns oder des Nervensystems (denken Sie auch an Taubheitsgefühl, Migräne oder mehr als dreimal pro Monat Kopfschmerzen, Lähmungen, Epilepsie, Multiple Sklerose usw.)? Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen? 	<p>ja nein</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

<p>• des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder (z. B. Wirbelsäulenverkrümmung, Bandscheibenvorfall oder -vorwölbung, Hexenschuss, Gleitwirbel, Ischias, Bechterew-Krankheit, Rheuma, Fibromyalgie usw.)?</p> <p>Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?</p> <input type="text"/>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>• der Augen (z. B. grauen oder grünen Star, Schielen usw.)?</p> <p>Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?</p> <input type="text"/>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Bei Fehlsichtigkeit: bitte Dioptrien-Werte angeben.</p> <p>Rechts: <input type="text"/> Links: <input type="text"/></p> <p>Bei Beantragung einer Vollzugs-Dienstunfähigkeit und Angabe von „Minus-Dioptrien-Werten“ (=Kurzsichtigkeit): bitte Nachweis beilegen (vom Augenarzt oder Optiker) über Ihren aktuellen Visus ohne Korrektur (=Sehfähigkeit ohne Brille bzw. ohne Kontaktlinsen; Hinweis: Der Visus ohne Korrektur steht nicht im Brillenpass).</p>	
<p>• der Ohren (denken Sie auch an Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus, Hörsturz usw.)?</p> <p>Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?</p> <input type="text"/>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>• des Stoffwechsels (denken Sie auch an Zuckerkrankheit, Harnsäureerhöhung/Gicht, erhöhte Cholesterin- / Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankung usw.)</p> <p>Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?</p> <input type="text"/>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>• des Blutes (denken Sie auch an Blutarmut, Bluterkrankheit, Eisenmangel, Leukämie, usw.)?</p> <p>Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?</p> <input type="text"/>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>• durch akute oder chronische Infektionen (z. B. Hepatitis, Malaria, Tuberkulose, HIV usw.)?</p> <p>Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?</p> <input type="text"/>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>• psychosomatischer bzw. psychischer Ursache (denken Sie auch an Angstzustände, Erschöpfungszustand, ärztlich festgestellte und/oder behandelte Belastungsreaktion, chronische Müdigkeit, Burnout-Syndrom, Essstörung, Reizdarm, Neurose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS / ADHS), Psychose, Schizophrenie, Selbsttötungsversuch usw.)?</p> <p>Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?</p> <input type="text"/>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>2.4 Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Tumorerkrankung oder wurden Zysten festgestellt bzw. waren Sie infolge einer solchen in Behandlung?</p> <p>Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?</p> <input type="text"/>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>2.5 Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren ambulant operieren lassen (denken Sie auch an operative Korrektur einer Fehlsichtigkeit)?</p> <p>Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?</p> <input type="text"/>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>

<p>2.6 Werden Sie gegenwärtig oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Heilpraktiker, Krankengymnasten, Physiotherapeuten) beraten, untersucht oder behandelt?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p>	<p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Wenn ja: Wann? Warum? Durch wen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
<p>2.7 Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Betäubungsmittel oder Drogen?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p>	<p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Wenn ja: Welche? Wann? Wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
<p>2.8 Wurden Sie in den letzten 10 Jahre wegen der Folgen des Konsums von Betäubungsmitteln, Drogen oder Alkohol beraten oder behandelt?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p>	<p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Wenn ja: Welche? Wann? Wie lange? Durch wen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
<p>2.9 Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren stationär operieren lassen oder sich aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik aufgehalten?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p>	<p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Wenn ja: Warum? Wann? Folgen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
<p>2.10 Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen? (Unter körperlichen Beeinträchtigungen verstehen wir z.B. Behinderungen, Fehlbildungen, Folgen von oder Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen)?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p>	<p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
3 Ergänzende Risikofragen		
<p>3.1 Hatten oder haben Sie aktuell</p> <ul style="list-style-type: none">• einen Grad der Behinderung (GdB), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder einen Grad der Schädigungsfolgen (GdS),• eine Pflegestufe oder einen Pflegegrad,• einen gerichtlich bestellten Betreuer, <p>oder wurden in den vergangenen 12 Monaten ein Antrag für einen der oben genannten Punkte gestellt?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p>	<p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Wenn ja: Reichen Sie uns bitte eine Kopie des Antrages oder des Feststellungsbescheides bzw. des Betreuerausweises ein.</p>		
<p>3.2 Beziehen oder bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p>	<p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Wenn ja: Seit wann und aus welchen Gründen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
Sie möchten eine monatliche Rente von mehr als 1.000 Euro vereinbaren? Dann beantworten Sie bitte zusätzlich diese Fragen:		
<p>Wie hoch ist Ihr durchschnittliches Bruttomonatseinkommen?</p>	<p>• derzeit: _____ Euro.</p> <p>• Vorjahr: _____ Euro.</p> <p>• vorletztes Jahr: _____ Euro.</p>	
<p>Haben Sie bereits private oder betriebliche Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder haben Sie eine dieser Versicherungen beantragt?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p>	<p>nein <input type="checkbox"/></p>

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Falls ja: Machen Sie hier bitte genauere Angaben:

Name / Art der Versicherung	monatliche Rente

Kommen Sie mit Ihren bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen und der bei uns neu beantragten Rente auf eine monatliche Absicherung von **mehr als 2.000 Euro**? Dann reichen Sie bitte Einkommensnachweise der vergangenen 3 Jahre ein.

Hinweis: In Einzelfällen kann dieses auch unterhalb dieser Monatsrente erforderlich sein.

Beispiel:

- **Bei Angestellten, Geschäftsführern:** z. B. Dezember-Gehaltsabrechnungen einschließlich Nachweis des aktuellen/laufenden Bruttofestgehaltes, Einkommensteuerbescheide, Steuerberaterbescheinigungen.
- **Bei Selbstständigen / Freiberuflern:** z. B. Jahresabschluss, G+V-Rechnung, (Dezember)-BWA des laufenden oder letzten Jahres, Steuerberaterbescheinigungen.

Vollständigkeit der Angaben

- Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig sind.
- Beigefügt sind Seiten als Anlage (bitte beachten: je Seite Unterschrift der versicherten Person erforderlich).
- Ich reiche Unterlagen innerhalb von 14 Tagen nach.

Nur Auszufüllen, wenn die BU-Absicherung betrieblich erfolgt (bAV):

Mir ist bekannt, dass sich aus den Gesundheitsdaten bzw. nach Abschluss der Risikoprüfung Auswirkungen auf den beabsichtigten Vertragsabschluss ergeben können. So können der Antrag oder die Angebotsanfrage abgelehnt werden, eine Leistung ausgeschlossen oder ein Risikozuschlag eingeschlossen werden. In diesen Fällen wird meinem Arbeitgeber in seiner Funktion als Versicherungsnehmer folgendes mitgeteilt:

- Bei Ablehnung: Der Arbeitgeber erfährt keine konkreten Gründe für die Ablehnung.
- Bei Risikozuschlag: Wir teilen dem Arbeitgeber nur die Höhe des Zuschlags mit, konkrete Gründe für den Zuschlag erfährt er nicht.
- Bei Leistungsausschluss: Wir unterrichten den Arbeitgeber darüber, welche Leistungen ausgeschlossen werden. Konkrete Gesundheitsdaten oder Befunde werden hierbei nicht mitgeteilt.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Informationen im Ablehnungsschreiben, im modifizierten Angebot oder im Versicherungsschein aufgenommen werden dürfen.

_____ **anonym** _____ **anonym**
Datum Name Unterschrift