

Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung



Ich **beantrage** den **Abschluss** einer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsnummer

| | | | | | |
|--------|-----------|---------------|-----------------------|----------------|--------------|
| BB-Nr. | AV-Nummer | Dokubogen-Nr. | Externe Antragsnummer | eAntragsnummer | Kundennummer |
|--------|-----------|---------------|-----------------------|----------------|--------------|

1 Antragsteller/Versicherungsnehmer (die Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter) * freiwillige Angaben

Herr Frau Titel _____ Geburtsdatum _____

 Zuname _____ Vorname _____

 Straße _____ Hausnummer _____

 Postleitzahl _____ Wohnort _____

 Telefon* _____ E-Mail* _____

2 Zu versichernde Person (bitte nur ausfüllen, falls nicht mit Antragsteller identisch!)

Herr Frau Titel _____ Geburtsdatum _____

 Zuname _____ Vorname _____

 Straße _____ Hausnummer _____

 Postleitzahl _____ Wohnort _____

 Telefon* _____ E-Mail* _____

3 Angaben zur beruflichen Tätigkeit der zu versichernden Person

Derzeitige Tätigkeit/Beruf/welcher Schultyp wird besucht/Studienrichtung _____

Höchste Qualifikation (abgeschlossene/s Berufsausbildung, Weiterbildung, Studium, etc.): _____

Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz: _____ % Anzahl unterstellter Mitarbeiter: _____ Berufsgruppe: _____

| | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> Schüler | <input type="checkbox"/> Beamter einfacher oder mittlerer Dienst (nicht Telekom, Post, Bahn) | <input type="checkbox"/> Selbständig, Gewerbe angemeldet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer öffentl. Dienst | <input type="checkbox"/> Student | <input type="checkbox"/> Beamter gehobener Dienst (nicht Telekom, Post, Bahn) | Wenn ja, seit wann angemeldet? _____ |
| <input type="checkbox"/> Auszubildender | <input type="checkbox"/> arbeitssuchend | <input type="checkbox"/> Beamter höherer Dienst (nicht Telekom, Post, Bahn) | |
| | | <input type="checkbox"/> Beamter (Telekom, Post, Bahn) | |

4 Versicherungsschutz

Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung nach Tarif 7403 - ExklusivSBU
 Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung nach Tarif 7404 - PremiumSBU

Versicherungsbeginn _____

Versicherungsdauer/Beitragszahlungsdauer _____ Jahre

jährliche Rente _____ EUR bzw. monatliche Rente _____ EUR

abweichende Leistungsdauer _____ Jahre (gerechnet ab Versicherungsbeginn)
 Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente mit jährlich 1 % 2 % 3 % im Berufsunfähigkeitsfall
 unisafe HQ wird beantragt (bitte immer Formular LVF-213 mit einreichen)

Karenzzeit 6 Monate 12 Monate 18 Monate 24 Monate

Überschuss-System:

Beitragsverrechnung Fondsanlage individuelle Fondsauswahl (ISIN u. Name) _____
 verzinsliche Ansammlung

Pflegerente SBU PFLEGE^{plus} 50 % oder 100 % der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente

9 Gesundheitsverhältnisse, Gefährerhöhung durch Beruf und Sport der zu versichernden Person

GEMÄSS § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ SIND DIE VOM VERSICHERER IN TEXTFORM GESTELLTEN FRAGEN (HIERZU ZÄHLEN U.A. NEBEN DEM ALTER DIE BERUFLICHE SITUATION, DIE AUSÜBUNG SPORTLICHER AKTIVITÄTEN, DIE MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE UND DER AKTUELLE GESUNDHEITZUSTAND SOWIE AUCH DIE EINKOMMENSITUATION, BESTEHENDE BZW. BEANTRAGTE VORVERSICHERUNGEN) NACH BESTEM WISSEN RICHTIG UND VOLLSTÄNDIG ZU BEANTWORTEN UND DABEI AUCH VON MIR FÜR UNWESENTLICH GEHALTENE UMSTÄNDE, NACH DENEN DORT GEFRAGT WIRD, ANZUGEBEN. BEI SCHULDHAFTER VERLETZUNG DIESER PFLICHT KANN DER VERSICHERER VOM VERTRAG ZURÜCKTRETEN, KÜNDIGEN, DEN VERTRAG RÜCKWIRKEND ANPASSEN ODER IHN ANFECHTEN UND GEBENENFALLS DIE LEISTUNG VERWEIGERN. DIE VOLLSTÄNDIGE MITTEILUNG NACH § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ ENTNEHMEN SIE BITTE DER SEITE 10.

Wir haben uns als Versicherer freiwillig verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen erst ab einer maßgeblichen Todesfallsumme von 300.001,- EUR bzw. einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von 30.001,- EUR offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Bei den genannten Summengrenzen werden Ihre sämtlichen beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen berücksichtigt.

9.1 Besondere Gefahren

- Sind Sie im Beruf besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Aufenthalte in Krisengebieten, Umgang mit explosiven, radioaktiven oder anderen gefährlichen Stoffen, sind Sie Waffenträger oder Mitglied einer Sondereinheit)? Falls ja, legen Sie bitte den entsprechenden Fragebogen bei.
 nein ja, welcher
- Sind Sie in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Wettfahrten, Motorsport, Flugsport, Tauchsport, Kampfsport, Bergsport, Pferdesport)? Falls ja, legen Sie bitte den entsprechenden Fragebogen bei.
 nein ja, welcher
- Beabsichtigen Sie **in den nächsten 12 Monaten** einen Aufenthalt von zusammengerechnet mehr als 3 Monate außerhalb der Europäischen Union?
 nein ja, wo, wann, wie lange

9.2 Erklärungen zum Gesundheitszustand

Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Beispielen um keine abschließende Aufzählung handelt. Wird eine der Fragen 2 bis 10 mit „ja“ beantwortet, sind auf der nächsten Seite nähere Angaben zu machen.

- Wie groß und wie schwer sind Sie? _____ cm _____ kg

Zeitlich unbefristete Fragen

- Wurde bei Ihnen jemals eine **HIV-Infektion** festgestellt (positiver AIDS-Test) oder steht noch ein Testergebnis aus? ja nein
- Bestehen **Behinderungen** (auch angeborene) oder haben **Erkrankungen** oder **Unfälle** Folgen hinterlassen (falls erteilt, auch Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MDE] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] angeben)? ja nein
- Wurde bei Ihnen jemals eine **Krebserkrankung** (z.B. Leukämie, bösartiger Tumor, Lymphome) festgestellt? ja nein

Zeitlich befristete Fragen

- Haben **in den letzten 10 Jahren** Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder Aufenthalte in Entzugskliniken stattgefunden oder sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? ja nein
- Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Beschwerden**
- 1 der **Atmungsorgane** (z.B. Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Asthma, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe)? ja nein
- 2 des **Herzens** oder der **Kreislauforgane/Gefäße** (z.B. Bluthochdruck [Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Anämie)? ja nein
- 3 der **Nieren**, der **Harnwege** (z.B. Blut oder Eiweiß im Urin) oder der **Geschlechtsorgane** (z.B. krankhafte Veränderung der Prostata, der Gebärmutter)? ja nein
- 4 der **Verdauungsorgane** (z.B. Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Magen, Leber, auch Sodbrennen, Blut im Stuhl)? ja nein
- 5 des **Stoffwechsels** oder des **Hormonhaushaltes** (z.B. Diabetes, erhöhte Blutfettwerte [Cholesterin-, Triglyceriderhöhung etc.], Harnsäureerhöhung)? ja nein
- 6 der **Augen** (z.B. Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung, Kurz- oder Weitsichtigkeit [Wenn ja, Dioptrien angeben])? ja nein
- 7 des **Halses**, der **Nase** oder der **Ohren** (z.B. Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])? ja nein
- 8 des **Rückens**, des **Nackens** oder der **Schulter** (z.B. Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Schleudertrauma, Ischias)? ja nein
- 9 der **Knochen**, der **Gelenke**, der **Muskeln**, der **Sehnen** oder der **Bänder** (z.B. Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Fibromyalgie)? ja nein
- 10 der **Haut** (z.B. Allergie, Ekzeme, Neurodermitis, Akne, Psoriasis)? ja nein
- 11 der **Drüsen** (z.B. Schilddrüse), der **Milz** oder des **Blutes** (z.B. Gerinnungsstörung)? ja nein
- 12 des **Gehirns** (z.B. Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz), der **Nerven** (z.B. Epilepsie, Lähmung) oder des **Rückenmarks** (z.B. Multiple Sklerose, Myelitis)? ja nein
- 13 der **Psyche** (z.B. Depression, psychosomatische oder somatoforme Störung, Burn-out-Syndrom, Erschöpfungszustände, Schlafstörungen [mehr als 5-mal im Monat], Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom [ADS, ADHS])? ja nein
- 14 wegen **Infektionskrankheiten**, **Geschlechtskrankheiten** oder **Tropenkrankheiten** (z.B. Borreliose, Hepatitis, Herpes, Malaria)? ja nein
- 15 wegen **Tumore** oder **Gewebsneubildungen** (z.B. Adenom, Fibrom, Myom)? ja nein
- 16 wegen **Autoimmunerkrankungen** (z.B. Morbus Bechterew, Hashimoto-Thyreoiditis, Arthritis)? ja nein
- Nehmen oder nahmen Sie **innerhalb der letzten 5 Jahre** verschreibungspflichtige oder rezeptfreie Medikamente zusammenhängend länger als 1 Woche ein (hiervon ausgenommen sind Mittel zur Empfängnisverhütung, z.B. die Pille)? ja nein
- Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** mehr als 3 Wochen ununterbrochen **arbeitsunfähig**? ja nein
- Haben Sie **in den letzten 5 Jahren Drogen** (z.B. Cannabis, Heroin, Extasy, Crystal Meth) zu sich genommen (Tabakgenuss ist hier nicht anzugeben)? ja nein
- Werden oder wurden Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Folgen von **Alkoholgenuss** beraten oder behandelt oder leiden bzw. litten Sie **in den letzten 5 Jahren** an der **Alkoholkrankheit** (z.B. Alkoholabhängigkeit, Alkoholsucht)? ja nein
- Haben Sie **in den letzten zwölf Monaten geraucht** (z.B. Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife, elektronische Rauchgeräte, Shisha, E-Shisha bzw. Wasserpfeife)? ja nein

Angabe Arzt/Therapeut

- Welcher Arzt oder Therapeut (z.B. Psychologe, Physiotherapeut, Heilpraktiker) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? (Name, Adresse) _____

Wurde eine der Fragen 2 bis 10 mit „ja“ beantwortet, sind hier nähere Angaben zu machen.

| Zu Frage Nr.: | Bezeichnung der Krankheit (Diagnose) bzw. Art der Beschwerden, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung, Untersuchung oder Operation | Beginn und Ende der Behandlung | Beginn und Ende der Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit | Name und Anschrift der Ärzte, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, anderen Therapeuten, Krankenhäuser, Sanatorien etc. | Behandlungs-, Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung? | | |
|---------------|--|--------------------------------|---|---|---|----|---------------------|
| | | | | | nein | ja | Wenn ja, seit wann? |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen 2 bis 10 nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschriebenen Beiblatt vor (wird Bestandteil des Antrages). Beiblatt benutzt? ja, Anzahl? _____

Falls die zu versichernde Person gewisse Gesundheitsangaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der uniVersa Lebensversicherung a.G. unverzüglich in Textform anzuzeigen.

Es werden gegenüber dem Vermittler bestimmte Gesundheitsangaben nicht gemacht und diese der uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg unverzüglich nach Antragstellung in Textform angezeigt.

10 Weitere Absicherungen, Anträge und Angaben der zu versichernden Person

1. Bestehen für Sie weitere Absicherungen bei Pflegebedürftigkeit, Berufs-, Erwerbs-, Dienstunfähigkeit oder sonstige alternative Invaliditätsdeckungen zur Absicherung der Arbeitskraft, z.B. Grundfähigkeitsrente, betriebliche Altersversorgung, private Vorsorge, Berufsständisches Versorgungswerk oder wurden entsprechende Anträge in den letzten 5 Jahren - auch gleichzeitig mit diesem Antrag - gestellt? ja nein

Wird die obengenannte Frage mit „ja“ beantwortet, sind hier nähere Angaben zu machen:

| Versicherungsgesellschaft, Versorgungsträger etc. | Beginn | Art der Absicherung | Höhe der jährlichen Rente EUR |
|---|--------|---------------------|----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2. Bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 12.000 EUR (einschließlich aller bestehenden Absicherungen) wird zusätzlich nachfolgende Einkommensangabe benötigt.
 Jährliches Brutto-Arbeitseinkommen innerhalb der letzten 12 Monate: _____ EUR
 Bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 24.000 EUR (einschließlich aller bestehenden Absicherungen) ist zusätzlich der Fragebogen Beruf/Einkommen (Formular LVF-520) einzureichen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragssteller sowie die mitzuversichernde Person verpflichtet sind, uns alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel sowie zur Ergänzung oder Verifizierung Ihrer Angaben bzw. der versicherten Person im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich sein.

11.1 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelung des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die uniVersa Lebensversicherung a.G. daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die uniVersa Lebensversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die uniVersa Lebensversicherung a.G. Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistenzdienstleister weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der nachfolgend genannten Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die uniVersa Lebensversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der uniVersa Lebensversicherung a.G. (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Erklärung abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die uniVersa Lebensversicherung a.G.

Ich willige ein, dass die uniVersa Lebensversicherung a.G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.