

Gr.-Nr.  
| | | | |

Antrag  
aufgenommen  
durch:

Bitte dieses Feld nicht beschriften

**Antragsteller/-in (Versicherungsnehmer)**

männlich  weiblich  Firma  Titel

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum  Staatsangehörigkeit  Telefon

Beruf

**Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)**

männlich  weiblich  Titel

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum  Staatsangehörigkeit  Telefon

Beruf

Bitte lesen Sie vor Antragstellung die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zu dem jeweils hier beantragten Versicherungsschutz, die Allgemeinen Angaben über die steuerlichen Aspekte Ihrer Versorgung (Steuer1, Steuer3) und die Informationen zur Fondsauswahl (FD.allg).

**Antrag auf**

abweichend  Anfrage\* auf

**Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung**

- Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung BED.SBU.1017
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0117 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
- Besondere Bedingungen für das Überschusssystem Fondsansammlung BED.FA.0117 (falls Fondsanlage beantragt)
- Besondere Bedingungen für die Direktversicherung BED.DV.0117 (falls beantragt)

**Selbstständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung**

- Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Erwerbsunfähigkeits-Versicherung BED.SEU.0117
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0117 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
- Besondere Bedingungen für das Überschusssystem Fondsansammlung BED.FA.0117 (falls beantragt)
- Besondere Bedingungen für die Direktversicherung BED.DV.0117 (falls beantragt)

**\*Wie kommt Ihr Vertrag bei einer Anfrage zustande?**

Mit dieser Anfrage fordern Sie ein Angebot der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G. an. Damit wir Ihnen ein verbindliches Angebot erstellen können, füllen Sie bitte auch als Anfragender (im Formular als „Antragsteller“ bezeichnet) sämtliche für Ihren gewünschten Versicherungsschutz erforderlichen Felder aus. Auf Grundlage dieser von Ihnen gemachten Angaben senden wir Ihnen ein verbindliches Angebot zu. Unserem Angebot fügen wir eine entsprechende Annahmeerklärung bei. Durch Unterzeichnung der unveränderten Annahmeerklärung und Eingang dieser bei uns, können Sie unser Angebot annehmen (Zustandekommen des Versicherungsvertrags). Ihre Angaben in dieser Anfrage machen Sie durch Ihre Annahmeerklärung zum Inhalt des Versicherungsvertrags.

## Berufsangaben der zu versichernden Person

**Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.**  
**Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.**

Welchen beruflichen Abschluss oder akademischen Grad besitzen Sie? (z. B. Bürokaufmann/-frau, Maurer/-in, Kfz-Meister/-in, Bachelor of Science)

Keinen

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (sofern Student/-in: Welcher Beruf wird angestrebt)?

In dieser Tätigkeit seit (Monat/Jahr)

Nennen Sie uns bitte Ihren **Arbeitgeber** und die Branche

Jährliches **Netto**einkommen aus dieser Tätigkeit

EUR

Angestellte/r  Auszubildende/r  Soldat/-in  Schüler/-in ohne sonderpädagogischem Förderbedarf (bei SEU: Schüler/-in)

Hausmann/-frau  Beamte/r, mit aktueller Besoldungsgruppe:

Student/-in (Bei Studenten mit Berufsklasse A1, A2 oder A3 gilt die „Sonderregelung für Studenten mit Berufsklasse A1, A2 oder A3“ als vereinbart.)

Selbstständige/r bzw. Freiberufler/-in, seit wann?

**Sofern Sie nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union sind:**

Arbeitsvertrag ist  unbefristet

befristet bis

In Abhängigkeit vom Berufsbild können bestimmte Zusatzangaben erforderlich sein.

**Sie müssen nur die Ihrem individuellen Versorgungsvorschlag zu Grunde liegenden Fragen beantworten.**

1. Wie hoch ist der Anteil Ihrer Bürotätigkeit?

mindestens 80 %  weniger als 80 %

2. Wie hoch ist der Anteil Ihrer körperlichen Tätigkeit?

kaum (höchstens 10 %)  wenig (zwischen 10 % und 30 %)  nennenswert (zwischen 30 % und 70 %)  stark (mehr als 70 %)

3. Welchen höchsten Ausbildungsabschluss haben Sie erworben?

abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA

passende Berufsausbildung für die derzeit ausgeübte Tätigkeit (abgeschlossen, öffentlich anerkannt, Regelausbildung mindestens 2 Jahre)

keinen der oben genannten Abschlüsse

4. Haben Sie Personalverantwortung für mindestens 8 festangestellte, nicht geringfügig beschäftigte Mitarbeiter?

ja  nein

# Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person zur Selbstständigen Berufsunfähigkeits- und Selbstständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Eine unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen kann Ihren Versicherungsschutz gefährden und zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Gesellschaft kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen. Beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die in den folgenden Risikofragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufzählung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzureichen an: VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund.

1. Nennen Sie uns bitte Ihre **Körpergröße** und Ihr **Gewicht** cm/kg \_\_\_\_\_

2. Wurden Sie **in den letzten 10 Jahren** operiert oder psychotherapeutisch oder stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Strahlen-, Chemotherapie)? (Falls „ja“, machen Sie bitte bei Frage 6 weitergehende Angaben.)  ja  nein

3. Wurden Sie **in den letzten 5 Jahren** ärztlich oder therapeutisch beraten, untersucht oder behandelt wegen Erkrankungen oder Beschwerden hinsichtlich:

A) Herz (z. B. Rhythmusstörungen), Kreislauf (z. B. erhöhter Blutdruck), Blut (z. B. Anämie), Gefäße (z. B. Krampfadern, Verkalkungen)	ja	
B) Stoffwechsel (z. B. Gicht, Diabetes), Nieren- und Harnwege (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin, Harnwegsentzündung)	<input type="checkbox"/>	
C) Verdauungstrakt (z. B. Gastritis, Morbus Crohn), anderer Bauchorgane (z. B. Pankreatitis, erhöhte Leberwerte)	<input type="checkbox"/>	
D) Gehirn (z. B. Migräne, Alzheimer), Nerven (z. B. Multiple Sklerose), Psyche (z. B. Depressionen, Ängste, Essstörungen)	<input type="checkbox"/>	
E) Wirbelsäule (z. B. Hexenschuss), Knochen (z. B. Brüche), Gelenke (z. B. Meniskusschaden), Muskeln (z. B. Verspannungen)	<input type="checkbox"/>	
F) Allergien (z. B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelunverträglichkeit), Atmungsapparat (z. B. Asthma bronchiale)	<input type="checkbox"/>	
G) Augen (z. B. grauer Star), Ohren (z. B. Tinnitus), Haut (z. B. Schuppenflechte, Neurodermitis), Drüsen (z. B. Lymphome)	<input type="checkbox"/>	
H) Krebs, Tumore oder Gewebsneubildungen (z. B. Karzinom, Melanom, Myom)	<input type="checkbox"/>	
I) Autoimmunerkrankungen (z. B. Lupus erythematodes, Morbus-Bechterew, Polyarthritis)	<input type="checkbox"/>	
J) Verletzungen (z. B. Unfälle), Vergiftungen, Infektionen (z. B. Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	
K) Alkohol- oder Drogenkonsum?	<input type="checkbox"/>	

(Falls „ja“, kreuzen Sie bitte die zutreffenden Zeilen an und machen Sie bitte bei Frage 6 weitergehende Angaben.)  nein

4. Nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** mit oder ohne ärztliche Verordnung

A) mehr als 30 Tage lang täglich ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)

B) an mehr als 30 Tagen im Jahr ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)

C) Drogen (z. B. Cannabis, Ecstasy, Heroin)?

(Falls „ja“, kreuzen Sie bitte die zutreffenden Zeilen an und machen Sie bitte bei Frage 6 weitergehende Angaben.)  nein

5. Wurde bei Ihnen eine **HIV-Infektion** festgestellt (positiver AIDS-Test)?  ja  nein

6. Welcher Arzt oder Therapeut kann zu den von Ihnen mit „ja“ beantworteten Gesundheitsfragen nähere Angaben machen. Sofern für Ihre Angaben nicht genügend Platz vorhanden ist, verwenden Sie bitte für Ihre Angaben ein Zusatzblatt (Vordruck s. Anlage).

Zu Frage (z. B. 3.A)	Art der Krankheit, Beschwerden, Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Wann?	Wie lange?	Heutige Folgen?	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heilstätten
					anonym

7. Nennen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes, der über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichtet ist (sofern vorhanden):

anonym

8. Üben Sie in Ihrer Freizeit ein **Hobby** mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z. B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus?  ja  nein

Falls „ja“, welche: \_\_\_\_\_ (Bitte ggf. Fragebogen beifügen)

9. Planen Sie **für die nächsten 2 Jahre** einen Aufenthalt von mehr als 3 Monaten außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA? (Falls „ja“, bitte Fragebogen für Auslandsaufenthalte beifügen.)  ja  nein

10. Wurden für Sie **in den letzten 3 Jahren** Anträge auf Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Pflegeversicherung nur zu erschwerten Bedingungen angenommen (z. B. mit Klausel oder Zuschlag), zurückgestellt oder abgelehnt?  ja  nein

Falls ja, teilen Sie uns bitte nachfolgend den Namen der Versicherungsgesellschaft, die Art und das Datum der von Ihnen beantragten Versicherung sowie die Ihnen mitgeteilte Entscheidung und ggf. deren Begründung mit.

11. Besteht eine **Kurz- oder Weitsichtigkeit** von mehr als 5 Dioptrien? (Falls „ja“, bitte die betreffende Dioptrienzahl angeben.)  ja  nein

**links/rechts** \_\_\_\_\_

12. Sind Sie dauerhaft körperlich oder geistig beeinträchtigt, ohne diesbezüglich ärztlich oder therapeutisch behandelt zu werden (z. B. angeborene Behinderungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen, Schwerhörigkeit)? (Falls „ja“, machen Sie bitte bei Frage 6 weitergehende Angaben.)  ja  nein

13. Bestehen, neben Ansprüchen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Beamtenversorgung, weitere Absicherungen aus privaten oder betrieblichen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? (Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft/-en oder den/die Versorgungsträger und die jeweils vereinbarte jährliche Rentenleistung.)  ja  nein

	BU-/EU-/GF-Jahresrente
Private Absicherung: _____	_____
Betriebliche Versorgung: _____	_____
Versorgungswerke: _____	_____

Wenn Sie diesem Antrag zusätzliche Unterlagen bzw. Anlagen beigefügt haben, geben Sie bitte nachfolgend Art und Umfang an.