

- Klassischen Rentenversicherung
- Fondsgebundenen Rentenversicherung
- Risikolebensversicherung
- Berufsunfähigkeitsversicherung

		Mitwirkung				Anteil Mitw.			Abweichende Abschluss-Agentur																																																																																									
		Kunden-Nr.	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	%	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ																																																																																						
<input type="checkbox"/> Neukunde/-in <input type="checkbox"/> ja Adressänderung <input type="checkbox"/> ja		-	-						%																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1. Antragsteller (Versicherungsnehmer) <input type="checkbox"/> 1 Herr <input type="checkbox"/> 2 Frau <input type="checkbox"/> 4 Firma Berufliche Stellung <input type="checkbox"/> Angestellter der Privatwirtschaft (3) <input type="checkbox"/> Gewerblicher Arbeitnehmer (4) <input type="checkbox"/> Selbstständiger Handwerker (9) seit <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler (1) seit <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Beamter/öffentlicher Dienst (2) <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann (6) <input type="checkbox"/> Rentner, Pensionär (5) <input type="checkbox"/> Schüler, Auszubildender, Student (7) <input type="checkbox"/> nicht bekannt, berufslos (0)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="12">Titel, Vorname, Nachname</td></tr> <tr><td colspan="12">Straße, Hausnummer</td></tr> <tr><td colspan="4">Postleitzahl</td><td colspan="8">Wohnort</td></tr> <tr><td colspan="4">Geburtsdatum</td><td colspan="4">Geburtsname</td><td colspan="2">Geburtsort</td><td colspan="4">Staatsangehörigkeit</td></tr> <tr><td colspan="6">Telefon</td><td colspan="6">E-Mail</td></tr> <tr><td colspan="6">Derzeitige Tätigkeit</td><td colspan="3">Beruf (Ausbildung)</td><td colspan="3">Branche</td></tr> <tr><td colspan="12">Familienstand (nur für Tarif FBRH oder FBRHE) <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft</td></tr> </table>											Titel, Vorname, Nachname												Straße, Hausnummer												Postleitzahl				Wohnort								Geburtsdatum				Geburtsname				Geburtsort		Staatsangehörigkeit				Telefon						E-Mail						Derzeitige Tätigkeit						Beruf (Ausbildung)			Branche			Familienstand (nur für Tarif FBRH oder FBRHE) <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft											
Titel, Vorname, Nachname																																																																																																		
Straße, Hausnummer																																																																																																		
Postleitzahl				Wohnort																																																																																														
Geburtsdatum				Geburtsname				Geburtsort		Staatsangehörigkeit																																																																																								
Telefon						E-Mail																																																																																												
Derzeitige Tätigkeit						Beruf (Ausbildung)			Branche																																																																																									
Familienstand (nur für Tarif FBRH oder FBRHE) <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2. Identifizierungspflicht nach dem Geldwäschegesetz (entfällt bei Basisrente) Ist der Antragsteller und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person (z.B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.), so ist stets das Formular DSLegi1 (Ziffer 2.) auszufüllen und mit den entsprechenden Nachweisen dem Antrag beizufügen.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="12">Identifizierungspflicht (ist grundsätzlich immer anhand eines Ausweisdokuments vorzunehmen)</td></tr> <tr><td colspan="12">Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen</td></tr> <tr><td colspan="4"><input type="checkbox"/> Personalausweis</td><td colspan="8">Nr. und ausstellende Behörde</td></tr> <tr><td colspan="4"><input type="checkbox"/> Reisepass</td><td colspan="8">Geburtsort</td></tr> <tr><td colspan="12">Erkundigungspflicht (immer erforderlich)</td></tr> <tr><td colspan="12">Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung und nicht auf der einer anderen Person. Falls dies nicht zutrifft, bitte hier zusätzliche Angaben. ▶</td></tr> <tr><td colspan="12"> </td></tr> </table>											Identifizierungspflicht (ist grundsätzlich immer anhand eines Ausweisdokuments vorzunehmen)												Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen												<input type="checkbox"/> Personalausweis				Nr. und ausstellende Behörde								<input type="checkbox"/> Reisepass				Geburtsort								Erkundigungspflicht (immer erforderlich)												Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung und nicht auf der einer anderen Person. Falls dies nicht zutrifft, bitte hier zusätzliche Angaben. ▶																									
Identifizierungspflicht (ist grundsätzlich immer anhand eines Ausweisdokuments vorzunehmen)																																																																																																		
Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Personalausweis				Nr. und ausstellende Behörde																																																																																														
<input type="checkbox"/> Reisepass				Geburtsort																																																																																														
Erkundigungspflicht (immer erforderlich)																																																																																																		
Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung und nicht auf der einer anderen Person. Falls dies nicht zutrifft, bitte hier zusätzliche Angaben. ▶																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 3. Persönliche Steueridentifikations-Nr. des Versicherungsnehmers (nur für Tarif FBRH, FBRHE oder SR) bzw. eines anderen Bezugsberechtigten im Erlebensfall (nur für Tarif SR) in Deutschland		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="12">Sind Sie in einem anderen Staat außer Deutschland und/oder den Vereinigten Staaten von Amerika steuerlich ansässig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td></tr> <tr><td colspan="12">Sind Sie Staatsbürger der Vereinigten Staaten von Amerika (auch mit doppelter Staatsangehörigkeit) oder aus anderen Gründen in den Vereinigten Staaten von Amerika steuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td></tr> <tr><td colspan="12">Wenn Sie mindestens eine der zwei vorherigen Fragen mit ja beantwortet haben, dann geben Sie bitte nachfolgend das Land/ die Länder der steuerlichen Ansässigkeit an sowie (sofern für das jeweilige Land möglich) die dazugehörige/n Steueridentifikationsnummer/n:</td></tr> <tr><td colspan="6">Land der steuerlichen Ansässigkeit</td><td colspan="6">Ausländische Steueridentifikationsnummer</td></tr> <tr><td colspan="6"> </td><td colspan="6"> </td></tr> <tr><td colspan="6"> </td><td colspan="6"> </td></tr> </table>											Sind Sie in einem anderen Staat außer Deutschland und/oder den Vereinigten Staaten von Amerika steuerlich ansässig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												Sind Sie Staatsbürger der Vereinigten Staaten von Amerika (auch mit doppelter Staatsangehörigkeit) oder aus anderen Gründen in den Vereinigten Staaten von Amerika steuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												Wenn Sie mindestens eine der zwei vorherigen Fragen mit ja beantwortet haben, dann geben Sie bitte nachfolgend das Land/ die Länder der steuerlichen Ansässigkeit an sowie (sofern für das jeweilige Land möglich) die dazugehörige/n Steueridentifikationsnummer/n:												Land der steuerlichen Ansässigkeit						Ausländische Steueridentifikationsnummer																																											
Sind Sie in einem anderen Staat außer Deutschland und/oder den Vereinigten Staaten von Amerika steuerlich ansässig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																																																		
Sind Sie Staatsbürger der Vereinigten Staaten von Amerika (auch mit doppelter Staatsangehörigkeit) oder aus anderen Gründen in den Vereinigten Staaten von Amerika steuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																																																		
Wenn Sie mindestens eine der zwei vorherigen Fragen mit ja beantwortet haben, dann geben Sie bitte nachfolgend das Land/ die Länder der steuerlichen Ansässigkeit an sowie (sofern für das jeweilige Land möglich) die dazugehörige/n Steueridentifikationsnummer/n:																																																																																																		
Land der steuerlichen Ansässigkeit						Ausländische Steueridentifikationsnummer																																																																																												
<input type="checkbox"/> 4. Steuerliche Ansässigkeit des Versicherungsnehmers außerhalb Deutschlands [nur für klassische und fondsgebundene Rentenversicherungen (außer Genius BasisRente) und für Tarif VSE, siehe Seite 14] Bitte beachten Sie die Hinweise zu den Angaben zur steuerlichen Ansässigkeit auf Seite 10 und die Allgemeinen Erläuterungen auf Seite 13.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="12">Sind Sie in einem anderen Staat außer Deutschland und/oder den Vereinigten Staaten von Amerika steuerlich ansässig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td></tr> <tr><td colspan="12">Sind Sie Staatsbürger der Vereinigten Staaten von Amerika (auch mit doppelter Staatsangehörigkeit) oder aus anderen Gründen in den Vereinigten Staaten von Amerika steuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td></tr> <tr><td colspan="12">Wenn Sie mindestens eine der zwei vorherigen Fragen mit ja beantwortet haben, dann geben Sie bitte nachfolgend das Land/ die Länder der steuerlichen Ansässigkeit an sowie (sofern für das jeweilige Land möglich) die dazugehörige/n Steueridentifikationsnummer/n:</td></tr> <tr><td colspan="6">Land der steuerlichen Ansässigkeit</td><td colspan="6">Ausländische Steueridentifikationsnummer</td></tr> <tr><td colspan="6"> </td><td colspan="6"> </td></tr> <tr><td colspan="6"> </td><td colspan="6"> </td></tr> </table>											Sind Sie in einem anderen Staat außer Deutschland und/oder den Vereinigten Staaten von Amerika steuerlich ansässig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												Sind Sie Staatsbürger der Vereinigten Staaten von Amerika (auch mit doppelter Staatsangehörigkeit) oder aus anderen Gründen in den Vereinigten Staaten von Amerika steuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												Wenn Sie mindestens eine der zwei vorherigen Fragen mit ja beantwortet haben, dann geben Sie bitte nachfolgend das Land/ die Länder der steuerlichen Ansässigkeit an sowie (sofern für das jeweilige Land möglich) die dazugehörige/n Steueridentifikationsnummer/n:												Land der steuerlichen Ansässigkeit						Ausländische Steueridentifikationsnummer																																											
Sind Sie in einem anderen Staat außer Deutschland und/oder den Vereinigten Staaten von Amerika steuerlich ansässig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																																																		
Sind Sie Staatsbürger der Vereinigten Staaten von Amerika (auch mit doppelter Staatsangehörigkeit) oder aus anderen Gründen in den Vereinigten Staaten von Amerika steuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																																																		
Wenn Sie mindestens eine der zwei vorherigen Fragen mit ja beantwortet haben, dann geben Sie bitte nachfolgend das Land/ die Länder der steuerlichen Ansässigkeit an sowie (sofern für das jeweilige Land möglich) die dazugehörige/n Steueridentifikationsnummer/n:																																																																																																		
Land der steuerlichen Ansässigkeit						Ausländische Steueridentifikationsnummer																																																																																												
<input type="checkbox"/> 5. Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller) Bei Tarif FBRH und FBRHE ist nur der Versicherungsnehmer möglich. Die zu versichernde Person und ggf. die mitzuversichernde Person (Ziffer 6.) hat/ haben sich ausgewiesen durch ihren Personalausweis, Reisepass oder Führerschein. Berufliche Stellung <input type="checkbox"/> Angestellter der Privatwirtschaft (3) <input type="checkbox"/> Gewerblicher Arbeitnehmer (4) <input type="checkbox"/> Selbstständiger Handwerker (9) seit <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler (1) seit <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Beamter/öffentlicher Dienst (2) <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann (6) <input type="checkbox"/> Rentner, Pensionär (5) <input type="checkbox"/> Schüler, Auszubildender, Student (7) <input type="checkbox"/> nicht bekannt, berufslos (0)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="12">Titel, Vorname, Nachname</td></tr> <tr><td colspan="12">Straße, Hausnummer</td></tr> <tr><td colspan="4">Postleitzahl</td><td colspan="8">Wohnort</td></tr> <tr><td colspan="4">Geburtsdatum</td><td colspan="4">Geburtsname</td><td colspan="2">Geburtsort</td><td colspan="4">Staatsangehörigkeit</td></tr> <tr><td colspan="12">Telefon</td></tr> <tr><td colspan="6">Derzeitige Tätigkeit</td><td colspan="3">Beruf (Ausbildung)</td><td colspan="3">Branche</td></tr> </table>											Titel, Vorname, Nachname												Straße, Hausnummer												Postleitzahl				Wohnort								Geburtsdatum				Geburtsname				Geburtsort		Staatsangehörigkeit				Telefon												Derzeitige Tätigkeit						Beruf (Ausbildung)			Branche														
Titel, Vorname, Nachname																																																																																																		
Straße, Hausnummer																																																																																																		
Postleitzahl				Wohnort																																																																																														
Geburtsdatum				Geburtsname				Geburtsort		Staatsangehörigkeit																																																																																								
Telefon																																																																																																		
Derzeitige Tätigkeit						Beruf (Ausbildung)			Branche																																																																																									



20. Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

1. Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand				
1.1	Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße?	Größe _____ cm	Gewicht _____ kg	
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (z. B. welches Leiden)
1.2	Bestehen körperliche oder geistige Schäden/Behinderungen oder eine angeborene Erkrankung (z. B. Taubheit, Blindheit, Schwerhörigkeit, Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, weitere Sinnesorgane, Amputationen, Versteifungen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenschäden, Lähmungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3	Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4	Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Bitte Namen und Anschrift angeben!	anonym		
	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau			
2. Fragen zu besonderen Gefahren und Auslandsaufenthalten				
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte entsprechenden Zusatzfragebogen ausfüllen
2.1	Sind Sie durch Beruf, Sport oder Hobby besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. sämtliche Formen von energiereichen Strahlen, Sprengstoffen, Chemikalien, Tauchen, Reiten, Bergsteigen, Klettern, Expeditionen, Fallschirmspringen, Wettbewerben, Wettfahrten, Wettkämpfen, Privat- oder Sportflügen, Drachen- bzw. Gleitschirmflügen, Kampfsportarten, Extremsportarten? Ggf. welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2	Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als drei Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? Wenn ja, wohin? Wie lange? Veranlassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 10 Jahren				
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
3.1	Sind Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, Klinikum, einer Rehabilitations- oder Kureinrichtung untersucht, beraten oder behandelt worden? Oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate aus ärztlicher Sicht erforderlich oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3	Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren				
4.	Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, in Behandlung oder zur Untersuchung wegen Krankheiten, Organveränderungen oder Beschwerden...	Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
4.1	... des Herzens, des Kreislaufes oder der Gefäße (z. B. Bluthochdruck, Herz- oder Herzklappenfehler [auch angeborene], Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Embolie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2	... an Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemnot, Schlafapnoe, Lungenentzündung, Lungenemphysem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3	... an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz (z. B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4	... an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Steinleiden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.5	... des Stoffwechsels oder der Schilddrüse (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung [z. B. Cholesterin], Gicht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.6	... der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.7	... durch akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8	... der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Essstörung, ADHS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.9	... des Gehirnes oder Nervensystems (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Migräne oder Kopfschmerzen, Demenz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.10	... der Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden, Hexenschuss, Muskelverspannungen, Bandscheibenvorfall)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.11	... der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen, Muskeln (z. B. vorzeitige Abnutzung [nicht altersbedingt], rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

20. Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

4. Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren (Fortsetzung)				
		Nein	Ja	Wenn ja, ergänzende Angaben
4.12	... der Haut, Allergien (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt-]Ekzem, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.13	... der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, erhöhter Augendruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.14	... der Ohren (z. B. Ohrensausen [Tinnitus], vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.15	Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung wegen ein und derselben Erkrankung, die nicht unter 4.1 bis 4.14 fällt, häufiger als zweimal in Behandlung, Beratung oder Kontrolle (z. B. bei Ärzten, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten. Nicht anzugeben sind grippale Infekte sowie Zahnbehandlungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.16	Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten Beschwerden in einem der unter 4.1 bis 4.14 genannten Bereiche? (Bitte auch Beschwerden angeben, wegen derer Sie weder beraten, untersucht oder behandelt wurden.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Weitere Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren				
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
5.1	Sind Sie in den letzten 5 Jahren ambulant operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2	Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen, Vergiftungen erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.3	Bezogen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre bzw. beziehen oder beantragen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen oder haben Sie die Feststellung einer Erwerbsminderung (MdE), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder Schwerbehinderung (GdB) bewirkt, beantragt, bzw. ist ein derartiger Antrag in den nächsten 3 Monaten vorgesehen? Bitte Rentenbescheid, Feststellungsbescheid oder Antrag beifügen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.4	Haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Frage zu eingenommenen Medikamenten in den letzten 2 Jahren				
		Nein	Ja	Wenn ja, Name der Medikamente, wann und wie oft eingenommen
	Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 2 Jahre wegen der unter den Nr. 1.2, 3.2 und 3.3 sowie 4.1 – 5.4 genannten Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente ? Bitte geben Sie auch nicht verordnete Medikamente der letzten 2 Jahre an, sofern Sie diese mehr als 2-mal wöchentlich nehmen oder nahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Zusätzliche Angaben zum Beruf und zur Versorgungssituation (bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)				
		Nein	Ja	Wenn ja, ergänzende Angaben
7.1	Haben Sie in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt ? Wenn ja, wann und weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2	Haben Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit sonstige Leistungen zu erwarten (wenn ja, in welcher Höhe?) aus: <input type="checkbox"/> betrieblicher Altersversorgung, <input type="checkbox"/> Beamtenversorgung, <input type="checkbox"/> berufsständischen Versorgungswerken, <input type="checkbox"/> Zusatzversorgung, <input type="checkbox"/> sonstigen Absicherungen (z. B. alternative Invaliditätsabsicherungen)? (nähere Angaben erforderlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3	Besteht für Sie schon eine Versicherung für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder ist eine solche beantragt ? Wenn ja: Wann? Bei welchem Versicherer? In welcher Höhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Zusätzliche Frage zum Nikotinkonsum (nur bei Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher nach Tarif SP, SPV, SB oder SBV)				
		Nein	Ja	
8.1	Sind Sie Nichtraucher (Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 12 Monaten vor Antragstellung Nikotin weder durch den Genuss von Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Kautabak, Schnupftabak, Wasserpfeife, E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife noch in anderer Form aktiv zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, beachten Sie bitte den „Wichtigen Hinweis zum Nikotinkonsum der zu versichernden Person bei einer Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher“.
8.2	Sind Sie Nichtraucher (gemäß obiger Definition) seit mindestens 10 Jahren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Folgen noch weitere Angaben?				
<input type="checkbox"/> weitere Angaben/Unterlagen sind in einem verschlossenen Umschlag beigefügt <input type="checkbox"/> zu folgenden Fragen (bitte Nr. angeben) _____ reiche ich unmittelbar und unverzüglich an das Versicherungsunternehmen weitere Angaben nach (Kontaktdaten siehe Seite 15)				

21. Frage zum Nettoeinkommen der zu versichernden Person

Wie hoch ist Ihr jährliches Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit? _____ EUR

22. Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen
(nicht bei Risikolebensversicherung)

<input type="checkbox"/> Es wird Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen beantragt. nur möglich unter folgenden Voraussetzungen – monatlicher Gesamtbeitrag bis maximal 200 EUR pro versicherter Person – maximales Eintrittsalter 45 Jahre – keine weiteren Zusatzversicherungen – keine der nebenstehenden Fragen kann mit „ja“ beantwortet werden Es gilt eine Wartezeit von drei Jahren als vereinbart (siehe Seite 13).	Fragen an die zu versichernde Person: a) Betreiben Sie eines der folgenden Hobbys: Flugsport aller Art, Motorradsport (nur anzugeben bei Teilnahme an Wettkämpfen, Rennen oder Veranstaltungen zur Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit), Bergsteigen über 5.000 m Höhe, Felsklettern ab Schwierigkeitsgrad 7, Eisklettern, Freeclimbing, Tauchen über 40 m Tiefe, Alleintauchgänge, Höhlentauchen, Boxsport oder andere Extremsportarten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein b) Erhalten oder erhielten Sie eine Rente oder Abfindung wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/ Erwerbsminderung/ Pflegebedürftigkeit oder körperlicher Schäden oder haben Sie eine solche beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein c) Besitzen Sie einen Ausweis nach Schwerbehindertenrecht oder haben Sie einen solchen beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein d) Besteht eine amtlich anerkannte Behinderung (z. B. GdB, MdE) oder ist eine solche Anerkennung beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

23. Fragen zur Tätigkeit der zu versichernden Person

(nur bei Risikolebensversicherung Premium oder Kompakt, Berufsunfähigkeitsversicherung und bei Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)

1. Derzeitige Tätigkeit:	Beruf (Ausbildung):
2. Bei Schülern Schularzt (z. B. Gymnasium, Montessorischule):	Bei Studenten Studiengang (z. B. Maschinenbau, Medizin):
3. Welches ist der Grad der höchsten Ausbildung der zu versichernden Person?	<input type="checkbox"/> abgeschlossenes Hochschulstudium <input type="checkbox"/> abgeschlossene kaufmännische Berufsausbildung (Regelausbildungszeit mindestens 3 Jahre) <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung in der Industrie oder im Handwerk <input type="checkbox"/> abgeschlossene Weiterbildung: Meisterprüfung, Techniker Ausbildung
4. Welchen Anteil hat die Bürotätigkeit bzw. aufsichtführende Tätigkeit, bezogen auf die Gesamtarbeitszeit der zu versichernden Person? (nicht erforderlich bei Risikolebensversicherungen ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)	<input type="checkbox"/> unter 25 % <input type="checkbox"/> 50 % – 74 % <input type="checkbox"/> 25 % – 49 % <input type="checkbox"/> 75 % – 100 %
5. Ist die zu versichernde Person Angestellter, Beamter, Selbstständiger, Gewerbetreibender oder Geschäftsführer mit Leitungsfunktion? Wenn ja, Anzahl der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter, die von der zu versichernden Person geführt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unter 5 <input type="checkbox"/> mindestens 10 <input type="checkbox"/> 5 – 9

24. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (gilt für die zu versichernde Person)

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Die Regelungen 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, benötigen wir, die Württembergische Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir 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. das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages mit uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Württembergischen Lebensversicherung AG (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 eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Württembergische Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG 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.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Württembergische Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Württembergische Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Württembergische Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.