

Antrag auf Lebens-/Rentenversicherung

- FV** – Private Vorsorge
- FV** – Basisversorgung
- LV** – Private Vorsorge
- LV** – Basisversorgung

Wichtig! Jede Änderung muss vom Antragsteller bescheinigt werden!



ZURICH®

Vertriebs-gesell.		Agenturnummer	Personalnummer	Anteil % Vermittler	BWS/PBS	ratierl.	Referenzvertragsnummer (falls vorhanden)	Wiederanlage <input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/>		Vertriebsstelle	Zielgruppe	SC-Nr.
								Vertriebsweg		
								Antragsnummer		
								Schlüssel bei ext. Gesellschaft		
								Kundennummer Bank		

Allgemeine Kundendaten

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.

Antragsteller/Versicherungsnehmer
Bei mehreren Versicherungsnehmern bitte Zusatzformular „Erklärung Versicherungsnehmer gemeinsam“ beifügen.

Herr Frau

zu versichernde Person (1. VP), wenn sie selbst den Antrag stellt
Bei **Basisversorgung** sind Antragsteller und zu versichernde Person immer identisch!

Firma

Name bzw. Firmenbezeichnung: **anonym** Vorname: **anonym** Titel*: **anonym**

Straße, Hausnummer: **anonym** PLZ, Ort: **anonym** Familienstand*: **anonym**

Telefonnummer mit Vorwahl: **anonym** Telefaxnummer mit Vorwahl*: **anonym** E-Mail-Adresse*: **anonym**

Staatsangehörigkeit: **anonym** Geburtsdatum: **anonym** Geburtsland/-ort: **anonym** Geburtsname (falls anders lautend): **anonym**

Genaue Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit/Branche: **anonym** Steueridentifikationsnummer (nur bei Basisversorgung): **anonym**

Angestellter Beamter öffentl. Dienst Arbeiter Freiberufler/Selbstständiger Auszubildender Student Sonstige: _____

zu versichernde Person (1. VP) Nur ausfüllen, wenn sie nicht selbst Antragsteller ist – nicht bei Basisversorgung –.

zu versichernde Person (2. VP)

Herr Frau

Name: **anonym** Vorname: **anonym** Titel*: **anonym**

Straße, Hausnummer: **anonym** PLZ, Ort: **anonym** Familienstand*: **anonym**

Telefonnummer mit Vorwahl: **anonym** Telefaxnummer mit Vorwahl*: **anonym** E-Mail-Adresse*: **anonym**

Staatsangehörigkeit: **anonym** Geburtsdatum: **anonym** Geburtsland/-ort: **anonym** Geburtsname (falls anders lautend): **anonym**

Genaue Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit: **anonym** Branche: **anonym**

Angaben des Antragstellers gemäß Geldwäschegesetz (GwG)

zur Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten – stets erforderlich –

Ich handele auf eigene Veranlassung. Name, Vorname des Dritten: **anonym**

Ich handele auf Veranlassung eines Dritten: **anonym**

wenn der Antragsteller eine natürliche Person ist und kein SEPA-Lastschriftmandat von seinem Konto erteilt wird:

Personalausweis-Nr. Reisepass-Nr. ausgestellt am _____ Ausstellungsbehörde _____ Ausweis/Pass gültig? ja nein

anonym

wenn der Antragsteller eine juristische Person ist, bitte das Zusatzformular „Aufzeichnung gemäß Geldwäschegesetz (GwG)“ ausgefüllt beifügen!

Politisch exponierte Person (PEP)

Der Antragsteller oder ein etwaiger wirtschaftlich berechtigter Dritter oder ein Bezugsberechtigter ist eine „Politisch exponierte Person (PEP)“.

ja nein

Falls zutreffend, bitte das Zusatzformular „Gesonderte Erklärung „Politisch exponierte Person“ (PEP)“ ausgefüllt beifügen!

Identifizierung von US-Steuerpflichtigen gemäß FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

Wir sind gesetzlich verpflichtet, jeden Kunden auf eine US-Steuerpflicht zu überprüfen. US-steuerpflichtig sind beispielsweise US-Staatsbürger oder Personen, die in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) zu steuerlichen Zwecken länger als 183 Tage ansässig sind. Sollten Sie US-steuerpflichtig im Sinne der gesetzlichen Vorschriften sein, sind wir verpflichtet dies der zuständigen deutschen Steuerbehörde zu melden.

Angaben bei Privater Vorsorge stets erforderlich – ausgenommen bei Risikolebensversicherungen und Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen bzw. Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen

Ich bestätige, dass ich in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) nicht steuerpflichtig bin. Ich bestätige, dass ich kein US-Staatsbürger bin.

Identifizierung von Steuerpflichtigen im Ausland (ausgenommen USA) für den automatisierten internationalen Steuerdatenaustausch

Nach den Vorgaben zum automatisierten internationalen Steuerdatenaustausch ist Zurich verpflichtet, zur Prüfung und Erfüllung von Meldeverpflichtungen Daten von Vertragspartnern und aus Verträgen begünstigter Personen zur steuerlichen Ansässigkeit sowie, soweit vorhanden, deren Steueridentifikationsnummer zu erheben und zu verarbeiten. Sollten Sie im Sinne des internationalen Steuerdatenaustauschs im Ausland steueransässig sein, sind wir verpflichtet, dies der zuständigen deutschen Steuerbehörde zu melden.

Angaben bei Privater Vorsorge stets erforderlich – ausgenommen bei Risikolebensversicherungen und Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen bzw. Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen

Sind Sie in einem Land außerhalb von Deutschland steuerlich ansässig? ja nein

Falls Sie die Frage mit „ja“ beantworten, füllen Sie bitte das Zusatzformular „Identifizierung von Steuerpflichtigen im Ausland“ aus.

Hinweis: Schließt der Versicherungsnehmer den Vertrag als juristische Person/Rechtsträger ab, so ist das Zusatzformular „Identifizierung von Steuerpflichtigen im Ausland“ immer auszufüllen.





Erklärung der zu versichernden Person

Ihr Versicherungsvermittler berät Sie in Vorsorgefragen. Unsere Antragsprüfer bewerten Ihre Risiko- und Gesundheitsangaben. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten oder kündigen und ggf. Leistungen verweigern.

Beachten Sie hierzu – bevor Sie die nachfolgenden Fragen beantworten – unbedingt die „Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung“. Sie befindet sich unmittelbar vor diesem Fragebogen.

Bitte beachten Sie außerdem den „Hinweis zum Gen-Diagnostik-Gesetz (GenDG)“, den Sie auf Seite neun des Antrages finden.

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, holen Sie bitte unverzüglich und unmittelbar in Textform gegenüber der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG nach. Falls solche zusätzlichen Angaben folgen oder wenn der vorhandene Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht, bitte Zutreffendes ankreuzen.

Folgen noch weitere Angaben? ja, liegen dieser Erklärung auf einem Zusatzblatt bei ja, werden nachgereicht

Bereits vorgenommene genetische Untersuchungen oder Analysen sind grundsätzlich nicht anzugeben. Wenn jedoch der Gentest im Rahmen der Diagnose über bestehende Erkrankungen oder über Vorerkrankungen eingesetzt wurde, sind uns im Rahmen Ihrer Kenntnisse uneingeschränkt immer Angaben zu machen, soweit wir danach fragen (z. B. Frage nach Untersuchungen). Alle nachfolgenden Beispiele können nicht sämtliche Erkrankungsbegriffe umfassen. Die Beispiele haben daher keinen abschließenden Charakter.

Vorversicherungen und besondere Gefährdungen

ja nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

1 a) Bestehen für Sie bereits Lebensversicherungen oder wurden solche in den letzten 5 Jahren beantragt? ja nein

Wenn ja: bei welchen Versicherungsunternehmen? Höhe der Todesfallsumme?

b) Wurden in den letzten 5 Jahren Lebensversicherungsanträge von Ihnen bei anderen Gesellschaften zu erschwerten Bedingungen (z. B. Risikozuschlag) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? ja nein

Wenn ja: von welcher Gesellschaft? Wann?

2 a) Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z. B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten), bei Sport oder Hobby (z. B. Flugsport/Drachenfliegen/Fallschirmspringen, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten) ausgesetzt oder nehmen Sie an Motor(rad)sportveranstaltungen teil? ja nein

Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben oder fügen Sie die jeweilige Zusatzklärung bei:

b) Nur auszufüllen bei Risikolebensversicherungen. Fahren Sie ein motorisiertes Zweirad mit einem Hubraum über 50 ccm, Quad oder Trike (auch saisonal, nicht als Beifahrer)? ja nein

3 Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? ja nein

Wenn ja, bitte hier Einzelheiten angeben (z. B. Reiseziel, Beginn und Dauer des geplanten Aufenthaltes):

Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

4 Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr derzeitiges Gewicht an: cm kg

5 Bitte geben Sie uns Name und Adresse Ihres Hausarztes oder des Arztes an, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist:
 anonym
 anonym

6 Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht und/oder Nikotin konsumiert? * ja nein
* Definition: Rauchen und/oder Nikotinkonsum ist a) Rauchen von Zigarette, Zigarillo, Zigarre, Pfeife, Shisha oder Wasserpfeife b) Konsum von E-Zigarette, E-Pfeife.

7 a) Bestehen körperliche oder geistige Beeinträchtigungen (Funktionseinschränkungen, Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen), oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente oder Pension, oder wurde ein Grad der Behinderung (GdB) bzw. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder in den letzten 5 Jahren beantragt? ja nein

Frage b) und c) sind nur auszufüllen bei Risikolebensversicherungen.
b) Werden Sie derzeit oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktiker oder in Krankenhäusern (auch ambulant) beraten, untersucht, und/oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten: bösartige Tumorerkrankungen, Selbstmordversuch, psychische- oder psychosomatische Erkrankung, Schlaganfall, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzfehler, Herzschwäche, Alkohol- oder Drogenkonsum, Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit, Diabetes mellitus, Thrombose, Nierenfunktionsstörungen, Lähmungen oder eine HIV-Infektion? ja nein
c) Wurden Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen länger als 4 Wochen regelmäßig (täglich, wöchentlich, monatlich) oder mehr als 6 Monate bedarfsweise (z. B. mit Tabletten, Spritzen, Infusionen, Sprays, Psychotherapie) behandelt? ja nein

Wenn Sie eine der Fragen unter 7 mit „ja“ beantwortet haben: Welche und aus welchem Grund? Bitte Einzelheiten angeben.

Risiko-/Gesundheitsfragebogen

Die folgenden Gesundheitsfragen beziehen sich auf Gegebenheiten der letzten 5 Jahre.

- 8 Werden Sie derzeit oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe durch Ärzte, Psychologen, Psycho- oder Physiotherapeuten, Heilpraktiker oder in Krankenhäusern (auch ambulant) beraten, untersucht, und/oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten?
- 8.1 Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen**
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| | ▼ | ▼ |
| a) des Herzens oder der Kreislauforgane (z. B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Schwindel, Thrombose, Venenleiden)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) des Magens, des Darms, der Leber, der Galle, der Bauchspeicheldrüse (z. B. Magen- oder Darmgeschwür, Entzündungen im Bereich der Speiseröhre, des Magens und des Darms, Fettleber, Leberentzündung [Hepatitis], erhöhte Leberwerte, Gallensteine)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) der Nieren, der Harnwege, der Prostata, der Unterleibsorgane (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostataentzündung, Eierstockentzündung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) der Haut (z. B. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke (wie Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie- oder Sprunggelenke), der Muskeln, Sehnen oder Bänder (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Rückgratverkrümmung, Rückenbeschwerden, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Abnutzung/ Verschleiß, Rheuma, Fibromyalgie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) des Gehirns oder des Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Migräne, Kopfschmerz)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankung, grauer oder grüner Star)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) der Ohren (z. B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Tinnitus, Lärmschaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) des Blutes (z. B. Anämie, Blutkrebs [Leukämie], Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 8.2 Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Tuberkulose, Borreliose, Hirnhautentzündung [Meningitis], Syphilis, Malaria, Gelbfieber) und damit verbundene Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen?** ja nein

Die folgenden Gesundheitsfragen beziehen sich auf Gegebenheiten der letzten 10 Jahre.

- 9 Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren Operationen unterzogen oder sich aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium aufgehalten, oder sind Operationen oder solche Aufenthalte in der Vergangenheit angeraten, aber nicht durchgeführt worden? ja nein
- 10 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe beraten, untersucht oder behandelt, oder sind solche Maßnahmen vorgesehen?
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) gut- oder bösartige Tumorerkrankungen (Krebs)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Suizidversuch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmitteln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Folgen von Alkoholgenuß oder Alkoholabhängigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z. B. depressive Stimmungen, Angstzustände, Belastungsreaktionen, Essstörungen, Erschöpfungszustände)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) HIV-Infektion (positiver AIDS-/HIV-Test)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte geben Sie hier Einzelheiten zu den Fragen 7 bis 10 an, wenn bejaht.

Bitte geben Sie **alle** im jeweiligen Fragezeitraum liegenden Beeinträchtigungen, Erkrankungen, Gesundheits- oder Funktionsstörungen, Behandlungen, Operationen, stationären Aufenthalte etc. an mit näheren Einzelheiten zur Behandlung bzw. zum Behandlungserfolg.

Was lag oder liegt vor? Angabe des Grundes	Von – bis	Geben Sie Ärzte, Psychologen, Psycho- oder Physiotherapeuten, Heilpraktiker oder Krankenhäuser, Heil- und Kuranstalten, Rehakliniken, Sanatorien an, bei denen wir Informationen einholen und Einsicht in die medizinischen Unterlagen nehmen können (Name, Anschrift).	Folgenlose Heilung? Ja, seit wann? Nein, welche Beschwerden oder Funktionsstörungen bestehen noch?
		anonym	

Die nachstehenden zusätzlichen Fragen sind nur zu beantworten, wenn Sie eine Risikolebensversicherung (nur Frage 11) und/oder eine SBU/SEU bzw. BUZ/EUZ (Frage 11 und 12) wünschen.

Sofern Sie nur eine BUZ-/EUZ-Beitragsbefreiung wünschen, entfällt die Beantwortung der Frage 12.

- 11 Angaben zur beruflichen Tätigkeit:
- a) Höchster, bis heute erreichter Abschluss: Hauptschulabschluss Mittlere Reife Abitur abgeschlossene Berufsausbildung Meister Fachwirt Hochschulabschluss (Uni/FH/BA) keine Angabe
- b) Arbeiten Sie zu mindestens 80% Ihrer Arbeitszeit im Büro und üben dort eine Bürotätigkeit aus? ja nein
- c) Führen Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit mehr als 10 festangestellte Vollzeit-Mitarbeiter? ja nein

12 Angaben zur beruflichen Tätigkeit und zu bereits vorhandenen Absicherungen der zu versichernden Person, für die eine BU/EU(Z)-Rente eingeschlossen werden soll:

- a) **Wie hoch ist Ihr jährliches Brutto-Arbeitseinkommen* (in Euro) im letzten Kalenderjahr gewesen?**
- * aus nicht-selbstständiger (Festgehalt ohne Tantiemen) und/oder selbstständiger Tätigkeit (Gewinn vor Steuern aus Praxis oder Gewerbe nach Abzug aller Betriebsausgaben und betrieblichen Steuern)
- b) **Wenn Sie selbstständig oder freiberuflich tätig sind: Seit wann?**
- Bitte geben Sie uns die Anzahl Ihrer Vollzeit-/Teilzeit-Mitarbeiter an: Vollzeitkräfte** **Teilzeitkräfte**
- c) **Bestehen für Sie bereits Absicherungen bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit oder aus Grundfähigkeitsabsicherungen aus privaten oder betrieblichen Versicherungsverträgen (betriebliche Altersvorsorge) oder aus berufsständischen Versorgungswerken, oder sind solche beantragt?** ja nein
- Wenn ja, wie hoch sind die bestehenden und beantragten Absicherungen? Angabe in Euro pro Jahr:**
- | | | |
|---|---|--|
| Bestehende/beantragte Absicherungen | bei Berufsunfähigkeit <input type="text"/> | bei Erwerbsunfähigkeit <input type="text"/> |
| bei Dienstunfähigkeit <input type="text"/> | bei Verlust von Grundfähigkeiten <input type="text"/> | aus berufsständischer Versorgung/ Versorgungswerk <input type="text"/> |

Wichtig: Übersteigen versicherte und beantragte Renten 2.500 EUR monatlich (inkl. Bonusrenten), so muss der Fragebogen „Finanzen und Beruf“ beantwortet und zusammen mit Einkommensnachweisen (aktuell sowie der letzten drei Jahre) dem Antrag beigefügt werden.

- d) Wurden in den letzten 10 Jahren bei anderen Gesellschaften Anträge auf Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen oder Grundfähigkeitsabsicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder zu erschwerten Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Ausschlussbestimmungen) angenommen? ja nein
- Wenn ja: Wann? Aus welchen Gründen?