

Antrag Basler Berufsunfähigkeitsversicherung

(Höchsteintrittsalter 30. Lebensjahr sowie bis maximal 2.000 EUR garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente)

Versicherungsnehmer

Herr Frau

Nachname Geburtsdatum

Vorname Geburtsort

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Nationalität Familienstand

Telefon E-Mail

Jetzige Berufstätigkeit

Schüler Auszubildender Student Sonstige Tätigkeit
 Arbeitnehmer Beamter Öffentlicher Dienst selbstständig seit

Zu versichernde Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

Herr Frau

Nachname Geburtsdatum

Vorname Geburtsort

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Nationalität Familienstand

Telefon E-Mail

Jetzige Berufstätigkeit

Schüler Auszubildender Student Sonstige Tätigkeit
 Arbeitnehmer Beamter Öffentlicher Dienst selbstständig seit

Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Unrichtige oder unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz und können auch rückwirkend zum Vertragsrücktritt, zur Kündigung oder zu Vertragsanpassungen führen. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie dazu die „Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“ im Antrag.

➔ (A) Angaben der zu versichernden Person zur beruflichen Tätigkeit

- Wie hoch ist Ihr jährliches Bruttoarbeitseinkommen (inklusive Urlaubs- und Weihnachtsgeld), bei Freiberuflern / Selbständigen der Gewinn vor Steuern? EUR
- Haben Sie für Ihren aktuell ausgeübten Beruf die entsprechende Ausbildung? ja nein
- Haben Sie einen akademischen Abschluss (Diplom, Bachelor, Master, Magister, Staatsexamen o. Ä.)? ja nein
- Wie hoch ist der Anteil der Bürotätigkeit, die am Schreibtisch ausgeübt wird? in Prozent
- Für wie viele sozialversicherte Vollzeitmitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? Anzahl Personen
- a) Bestehen für Sie weitere Absicherungen gegen Berufsunfähigkeit (z. B. private Versicherungen, berufsständisches Versorgungswerk oder Betriebsrente)? ja nein
bei in Höhe von jährlich EUR
- b) Bleiben die Absicherungen bestehen? ja nein

Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Unrichtige oder unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz und können auch rückwirkend zum Vertragsrücktritt, zur Kündigung oder zu Vertragsanpassungen führen. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie dazu die „Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“ im Antrag.



(B) Zusätzliche Angaben der zu versichernden Person

1. Planen oder beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten?
Land, Zeitraum, Zweck ja nein
2. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt
- a) im Beruf (z. B. Umgang mit Sprengstoff, radioaktiven Substanzen oder Chemikalien, Aufenthalte in Krisengebieten)?
Art der Gefahren ja nein
- b) in der Freizeit (z. B. Tauchsport, Kampfsport, Bergsport, Pferdesport, Flugsport aller Art, Motorsport, Teilnahme an Wettfahrten, Extremsport)?
Art der Gefahren ja nein

Zu einigen Berufen und Hobbys benötigen wir Zusatzklärungen. Bitte füllen Sie diese gegebenenfalls mit Ihrem Vermittler aus.

Haben Sie als zu versichernde Person in den letzten 12 Monaten geraucht oder gedampft?

(z. B. Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeife, Wasserpfeife, Shisha, E-Zigarette, E-Pfeife, E-Shisha oder auch andere nikotinhaltige Produkte) ja nein

Versicherungsumfang der Basler Berufsunfähigkeitsversicherung

Basler Berufsunfähigkeitsversicherung Tarif BP 22

Vertragslaufzeit

Versicherungsbeginn am
Ende der Versicherungsdauer mit Jahren
Ende der Leistungsdauer mit Jahren

Leistungen

Garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente EUR
(Solange Sie eine Rente von uns bekommen, müssen Sie keine Beiträge mehr bezahlen.)

Jährliche Leistungsdynamik (nur für die Hauptversicherung) 1% 2% 3%

Zusatzbaustein: ArbeitsunfähigkeitsSchutz

Zusatzbaustein: PflegeSchutz

KrankheitenSchutz nach Tarif DD 22 EUR

Beiträge

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich
Jährliche Erhöhung der laufenden Beiträge (Dynamik) von 3% von 5% keine

Basler Berufsunfähigkeitsversicherung Tarifbeitrag EUR zu zahlender Beitrag EUR

Basler KrankheitenSchutz Tarifbeitrag EUR zu zahlender Beitrag EUR

Gesamt-Tarifbeitrag EUR zu zahlender Gesamtbeitrag EUR

Der Zahlbeitrag ist der Tarifbeitrag abzüglich sofort fälliger Überschüsse. Die Überschüsse sind nicht garantiert.

Technischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten) %

Medizinischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten) %

Empfänger der Leistung ist die versicherte Person.

Davon abweichend: Der Versicherungsnehmer



➔ (C) Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Wir weisen darauf hin, dass die Auflistung der Beispielerkrankungen/-behandlungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt! Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen.

1. Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße? Größe in cm Gewicht in kg

Abfragezeitraum 12 Monate:

2. a) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 12 Monaten häufig oder regelmäßig (z. B. einmal am Tag oder über mindestens einen Monat hinweg) apotheken- und/oder verschreibungspflichtige Medikamente (z. B. Salben, Sprays, Tabletten außer der Pille, Spritzen) oder wurden Ihnen solche verordnet? ja nein
- b) Sind Sie aktuell oder waren Sie in den letzten 12 Monaten mehr als zwei Wochen zusammenhängend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage Ihrer schulischen, studentischen oder beruflichen Tätigkeit nachzugehen? ja nein

Abfragezeitraum 3 Jahre:

Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten 3 Jahren Erkrankungen oder in den letzten 6 Monaten Beschwerden der folgenden Punkte haben/hatten und/oder sich deswegen in ärztlicher Behandlung, Beratung oder Untersuchung befinden/befunden haben.

3. a) Schmerzen, Missempfindungen (z. B. Migräne, Spannungskopfschmerz, behandlungsbedürftige Rückenschmerzen, dauerhafter Gelenkschaden, Arthrose, Knochenbrüche, Taubheitsgefühle, behandlungsbedürftige Bauchschmerzen, Verletzungen der Gelenke) ja nein
- b) Funktionseinschränkungen und/oder Funktionsstörungen (z. B. chronische Durchfälle, chronische Verstopfung, Fehlsichtigkeit von mehr als -8 Dioptrien, dauerhafte Hörminderungen, angeborener Herzfehler) ja nein
- c) Störungen der psychischen Leistungsfähigkeit und der Psyche (z. B. ADHS, Essstörung, psychosomatische Störung, Angststörung, Selbstmordversuch, Depression) ja nein
- d) Störungen der Haut- und/oder der Atemwegsfunktion (z. B. wiederkehrende Hautausschläge, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautunverträglichkeiten, Asthma, dauerhafter Husten, allergische Reaktionen der Haut, allergische Reaktionen der Atemwege, allergische Reaktionen der Lunge) ja nein

Abfragezeitraum 5 Jahre:

Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten 5 Jahren Erkrankungen oder in den letzten 6 Monaten Beschwerden der folgenden Punkte haben/hatten und/oder sich deswegen in ärztlicher Behandlung, Beratung oder Untersuchung befinden/befunden haben.

4. a) Erkrankungen des Immunsystems (z. B. wiederkehrende Gelenkentzündungen, Rheuma, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Multiple Sklerose, Lupus erythematodes, Morbus Still) ja nein
- b) schwere Infektionen (z. B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV) ja nein
- c) gutartige und/oder bösartige Neubildungen (Tumorerkrankungen) (z. B. Leukämie, auffälliger/kontrollpflichtiger Befund beim Haut- oder Frauenarzt) ja nein
5. Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol beraten oder behandelt? ja nein
6. War oder ist aktuell eine besondere Förderung wegen Lernschwierigkeiten, Teilleistungsschwächen, Sprachstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten erforderlich oder angeraten? ja nein
7. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder einer anderen Einrichtung der medizinischen Versorgung stationär aufgenommen? (Es müssen keine Angaben zu Schwangerschaften und Geburten gemacht werden.) ja nein
8. Bitte geben Sie Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie unter Abschnitt (C) mit „ja“ beantwortet haben (z. B. Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, behandelnde Ärzte mit Namen und vollständiger Anschrift).

8. a) Seit wann besteht völlige Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung der angegebenen Erkrankungen, Unfälle oder Operationen?

8. b) ~~Welcher Arzt (Name, Anschrift) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?~~