

Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig mit blauem oder schwarzem Kugelschreiber in Großbuchstaben aus. Zutreffendes ankreuzen. Beachten Sie auch die Hinweise und Erläuterungen, insbesondere zu den Hinweisnummern, auf der vorherigen Seite.

Beantragt werden nur Versicherungen, die angekreuzt sind.

ANTRAG AUF BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG



<input type="checkbox"/> Bereits versichert / Nr. <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> Ihr Zeichen 1 <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	Vermittler-Nr. VL <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> Ihr Zeichen 2 <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
--	--

VERSICHERUNGSNEHMER (VN) 1

Anrede Frau Herr

Vorname

Nachname

Straße

 Hausnummer

Postleitzahl

 Wohnort

Geburtsdatum

 Staatsangehörigkeit

Geburtsland

 Geburtsort

Telefon tagsüber*

 Fax*

E-Mail*

 *freiwillige Angabe

Derzeitige Berufstätigkeit

VERSICHERTE PERSON 2 Wie Versicherungsnehmer

Anrede Frau Herr

Vorname

Nachname

Straße

 Hausnummer

Postleitzahl

 Wohnort

Geburtsdatum

 Staatsangehörigkeit

Geburtsland

Telefon tagsüber*

 Fax*

Familienstand Single bzw. allein- oder getrennt lebend verheiratet oder zusammenlebend sonstiges *freiwillige Angabe

Anzahl minderjähriger Kinder im gleichen Haushalt

Berufstätigkeit

Berufsstatus

<input type="checkbox"/> Selbständige(r) / Freiberufler	<input type="checkbox"/> Beamte(r)	<input type="checkbox"/> Angestellte(r)	<input type="checkbox"/> Arbeiter(in)	<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann / in Elternzeit
<input type="checkbox"/> Student(in)	<input type="checkbox"/> Schüler(in)	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> arbeitslos / arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Höchster Bildungsabschluss

<input type="checkbox"/> Studium (Hochschule, Fachhochschule)	<input type="checkbox"/> Hochschul-/Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> Meisterprüfung
<input type="checkbox"/> Berufsausbildung/Berufsakademie	<input type="checkbox"/> Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss

VERSICHERUNGSUMFANG 3 (Gewinnverwendung Sofortgutschrift) Vorläufiger Versicherungsschutz gem. Bedingungen

<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Basis (Tarif B1-B)	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Basis Familie (Tarif B2-B)
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Comfort (Tarif B1-C)	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Comfort Familie (Tarif B2-C)
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Plus (Tarif B1-P)	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Plus Familie (Tarif B2-P)
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Exklusiv (Tarif B1-E)	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Exklusiv Familie (Tarif B2-E)
<input type="checkbox"/> Starter-Variante (Tarif-Option S)	
<input type="checkbox"/> Für Raucher	<input type="checkbox"/> Für Nichtraucher seit 12 Monaten
	<input type="checkbox"/> Für Nichtraucher seit 10 Jahren (siehe Nichtrauchererklärung)

4 Versicherungsbeginn

 Zahlungsweise **1/**

 jährlich **5** Kollektivvertrags-Nr.

Jahresrente

Versicherungsdauer

 Jahre Endalter

DYNAMIK (Tarif-Option D) 6

- Ja, meine Jahresrente soll jährlich um 3 % wachsen (nur möglich bei Jahresrenten bis maximal 48.000 EUR p.a.). Diese Erhöhungen erfolgen ohne weitere Gesundheitsprüfung. Die Dynamik kann ich jederzeit widerrufen.

Leistungsdynamik (Tarif-Option L)

- Ja, die Jahresrente soll im Falle eines Leistungsbezuges jährlich um 2 % wachsen (nur möglich bei Jahresrenten bis maximal 48.000 EUR p.a.).

Zahlbeitrag gesamt / EUR gem. Zahlungsweise

 ,

Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es in Einzelfällen zu geringfügigen Abweichungen zwischen dem Angebot und den im Versicherungsschein verbindlich dokumentierten Werten kommen.

RISIKO- UND GESUNDHEITSERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON 7**WICHTIGER HINWEIS ZU DEN FOLGEN EINER ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG:**

Im Rahmen der Antragsprüfung bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Wichtig dabei ist, dass Sie uns **alle** Ihnen bekannten Gefahrumstände vollständig und richtig angeben, auch wenn Sie ihnen keine oder nur eine geringe Bedeutung beimessen. Um Ihnen einen bedarfsgerechten Versicherungsschutz bieten zu können, fragen wir Sie daher nachfolgend nach Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Wenn wir Sie nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach Gefahrumständen fragen, sind auch diese Fragen vollständig und richtig zu beantworten.

Angaben zu evtl. bereits durchgeführten Gentests müssen bei der Beantwortung der folgenden Fragen nur unter bestimmten Voraussetzungen gemacht werden. Erläuterungen dazu finden Sie am Ende der Gesundheitsfragen.

HIV-Tests sind **keine** Gentests. Wenn Sie eine oder mehrere der folgenden Fragen bejahen, benötigen wir weitere Erläuterungen. Reicht der Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt bei und verweisen darauf.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann die Hannoversche Lebensversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, ihn kündigen oder ihn anpassen, was zu unserer Leistungsfreiheit – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – führen kann (bitte beachten Sie dazu die ausführlichen Hinweise des Merkblatts zur Anzeigepflichtverletzung auf Seite 1 des beigefügten Heftes „Bedingungen und Informationen“).

Wichtiger Hinweis!**Allgemeine Angaben:****Wie groß und wie schwer sind Sie?**

Bitte machen Sie hier Ihre Angaben:

Größe: cmGewicht: kg**Welcher Arzt kann am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben (z. B. Hausarzt)?**

- Kein Arzt vorhanden.

Bitte geben Sie hier Name und Anschrift des Arztes an:

Sind Sie Nichtraucher?

- Ja, ich habe noch nie geraucht.
 Ja, seit mind. 10 Jahren.
 Ja, seit mind. 3 Jahren.
 Ja, seit mind. 12 Monaten.
 Nein, ich bin Raucher.

Bitte angeben: Wie viele Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/E-Zigaretten/E-Shisha rauchen Sie im Schnitt täglich?

 Stück**Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS) oder besteht oder bestanden in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, weswegen ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt wird oder gestellt wurde?**

- Nein Ja, machen Sie bitte nähere Angaben.

Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte? Mit welchem Ergebnis?

Zeitraum, Dauer, Häufigkeit

Fragen zu Sport, Hobby, Freizeit und Auslandsaufenthalten:

Sind Sie privat Gefahren ausgesetzt?

Hierzu zählen z. B. Tauchsport (außer reines Schnorcheln), Bergsport (außer reine Bergwanderungen auf gekennzeichneten Wanderwegen bis 4.000 Höhenmeter oder Klettern an künstlichen Kletterwänden), Flugsport (z. B. Drachen-, Gleitschirm-, Motorflug-, Ultraleichtflug, Segelfliegen, Fallschirmspringen), Motorsport, Kampfsport, Vielseitigkeitsreiten.

Nein Ja, machen Sie bitte nähere Angaben.

– Welcher Art?

Werden Sie voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten für länger als 6 Monate ins außereuropäische Ausland reisen?

Nein Ja, machen Sie bitte nähere Angaben.

– Wann und wohin?

Vorversicherungen der versicherten Person

Bestehen bei der Hannoverschen Lebensversicherung AG bereits Lebens- oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie solche beantragt?

Nein Ja, und zwar

Versicherungsnummer

Bestehen bei anderen Gesellschaften bereits Lebens- oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie solche beantragt?

Nein Ja, und zwar

Bei welcher Gesellschaft?

BU EU Leben
EUR

Todesfallsumme oder Jahresrente

Fragen zur beruflichen Tätigkeit

Sind Sie beruflich Gefahren ausgesetzt? (z. B. Umgang mit bzw. Arbeiten im Nahbereich von radioaktiven, toxischen, infektiösen oder explosiven Stoffen)

Nein Ja, machen Sie bitte nähere Angaben.

Welche Gefahren?

Bitte geben Sie uns das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 3 Jahre an.

Jahr Bruttoeinkommen EUR

Jahr Bruttoeinkommen EUR

Jahr Bruttoeinkommen EUR

Bei Jahresrenten ab 30.001 EUR (einschließlich aller bestehender privater Vorversicherungen) fügen Sie bitte Einkommensnachweise über das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 3 Jahre bei!

Gesundheitsangaben – bezogen auf die letzten 5 Jahre

1. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Heilbehandler, Therapeuten (also auch Osteopathen, Physio- oder Psychotherapeuten und Psychologen) untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich:

- a) Herz, Kreislauf, Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Lymphödem/Schwellungen, Schlaganfall, Sonstiges)? Nein Ja
- b) Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe, COPD/chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Sonstiges)? Nein Ja
- c) Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Ösophagusvarizen/Krampfadern der Speiseröhre, Sonstiges)? Nein Ja
- d) Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten, Sonstiges)? Nein Ja
- e) Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse, Sonstiges)? Nein Ja
- f) Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie, Schilddrüsenknoten, Anämie, Gerinnungsstörungen, Sonstiges)? Nein Ja
- g) akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, HIV/AIDS, Sonstiges)? Nein Ja
- h) Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand/Erschöpfung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch, Sonstiges)? Nein Ja
- i) Gehirn, Rückenmark, Nervensystem oder neurologischer Art (z. B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Multiple Sklerose, Migräne oder Kopfschmerzen über dreimal im Monat, Sonstiges)? Nein Ja
- j) Rücken, Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Nackenschmerzen, Lumbago, ärztlich behandelte Rückenbeschwerden, Ischias, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Rückgratverkrümmung, Sonstiges)? Nein Ja
- k) Knochen, Gelenke (z. B. Abnutzung (nicht altersbedingt), Bänderverletzung, Rheuma, Entzündung, Hüftfehlstellung, Arthrose, rheumatische Beschwerden, Beinverkürzung, Sonstiges)? Nein Ja
- l) Haut, Allergien (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis, Hautveränderungen/-schwellungen/knoten/-geschwüre, Sonstiges)? Nein Ja
- m) Augen (z. B. Sehstörung, Hornhaut-/Netzhauterkrankung, Doppelbilder, grauer/grüner Star, Kurzsichtigkeit von mehr als +/-7 Dioptrien, erhöhter Augendruck, Sonstiges)? Nein Ja
- n) Ohren (z. B. Ohrensausen, Hörsturz, Tinnitus, vermindertes Hörvermögen, Gleichgewichtsstörungen, Sonstiges)? Nein Ja

Wichtig: Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet haben, so machen Sie bitte dazu genauere Angaben (ggf. gesondertes Blatt nutzen):

Nähere Angaben zu Frage:

– Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte?
– Mit welchem Ergebnis?
– Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
– Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt?

Nein Ja

Nähere Angaben zu Frage:

– Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte?
– Mit welchem Ergebnis?
– Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
– Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt?

Nein Ja

Nähere Angaben zu Frage:

– Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte?
– Mit welchem Ergebnis?
– Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
– Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt?

Nein Ja

Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente ein?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Weshalb?
– Zeitraum, Dauer, Häufigkeit?
– Welche Medikamente?

Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmitteln beraten oder

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Welche? Wann? Welcher Art?

Wurden in den letzten 5 Jahren Kontroll- / Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Welche Grunderkrankung lag vor? Wann? Welcher Arzt?

Gesundheitsangaben – bezogen auf die letzten 3 Monate

Bestehen oder bestanden darüber hinaus bei Ihnen in den letzten drei Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden?

Nein Ja

Hierzu zählen Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Blut im Stuhl, im Urin oder im Auswurf (Husten), psychische Erschöpfungszustände, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache, Lymphknotenschwellungen, Brustknoten (Selbstertastung), Geschwülbildung, Veränderungen der Haut bzw. der Leberflecken, Schluckstörungen, Gefühlsstörungen oder Lähmungen, Abnahme der körperlichen bzw. psychischen Belastbarkeit, ungewollte Gewichtsabnahme von mehr als fünf Kilogramm.

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte? Mit welchem Ergebnis?
– Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
– Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt?

Nein Ja

Gesundheitsangaben – bezogen auf die letzten 10 Jahre

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen?

Nein Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte? Mit welchem Ergebnis?
– Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
– Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt?

Nein Ja

Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Gentests

Unter Gentests versteht man die vorhersagende Untersuchung der DNA, RNA oder der Chromosomen eines Gesunden, die auf die Feststellung genetischer Eigenschaften gerichtete Genproduktanalyse sowie diagnostische genetische Untersuchungen zur Abklärung von Krankheiten oder Medikamentenverträglichkeiten. Nach den Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes dürfen wir von Versicherten weder vor noch nach Abschluss eines Versicherungsvertrages

- die Vornahme genetischer Untersuchungen und Analysen (Gentests) verlangen,
- die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen verlangen oder solche Ergebnisse entgegennehmen oder verwenden. Ausnahmen vom Mitteilungs- und Verwendungsverbot bereits vorliegender Ergebnisse gelten für den Abschluss von Lebens-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, wenn die versicherte Leistung 300.000 EUR oder die versicherte Jahresrente 30.000 EUR übersteigt. Unabhängig davon sind aber Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen.