

Antrag auf eine selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung (SBU)

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch ■ markiert.

1 Betreuerdaten <i>(graue Felder frei lassen)</i>	Vermittler-Nr. _____ Betreuer/-in _____	Bestandspfleger/-in _____	Versicherungs-Nr. _____	Eingangsdatum _____															
2 Versicherungsnehmer/-in = VN	Titel, Name, Vorname <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____ Ausgeübter Beruf/Branche (Tätigkeitsbeschreibung siehe Ziffer 15c) _____ ■ Telefon (privat) _____ ■ Telefon (beruflich) _____ ■ Telefax _____	Geburtsname _____ <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ ■ selbstständig/freiberuflich <input type="checkbox"/> Beamte/-r/öffentl. Dienst <input type="checkbox"/> Angestellte/-r <input type="checkbox"/> Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann Ausbildungs-/Hochschulabschluss _____ Staatsangehörigkeit _____ ■ E-Mail _____																	
3 Wirtschaftliches Interesse	Name, Vorname, Geb.-Dat., Anschrift der wirtschaftlich berechtigten Person, wenn der/die VN nicht auf eigene Rechnung handelt _____ Den Versicherungsvertrag schließt der/die VN im eigenen wirtschaftlichen Interesse ab, wenn nicht neben stehend eine andere Person benannt wird.																		
4 Zu versichernde Person = VP <i>(wenn nicht VN)</i>	Titel, Name, Vorname <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____ Ausgeübter Beruf/Branche (Tätigkeitsbeschreibung siehe Ziffer 15c) _____ ■ Telefon (privat) _____ ■ Telefon (beruflich) _____ ■ Telefax _____	Geburtsname _____ <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ ■ selbstständig/freiberuflich <input type="checkbox"/> Beamte/-r/öffentl. Dienst <input type="checkbox"/> Angestellte/-r <input type="checkbox"/> Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann Ausbildungs-/Hochschulabschluss _____ Staatsangehörigkeit _____ ■ E-Mail _____																	
5 Empfänger/-in der Versicherungsleistungen	Im Erbensfall: VN oder <input type="checkbox"/> Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift _____																		
6 Antrag auf eine selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung	Tarif _____ Rentenzahlungsweise: monatlich	Versicherungsbeginn _____ * Das Eintrittsalter berechnet sich aus dem Beginnjahr minus Geburtsjahr.	Eintrittsalter* _____ Schlusssalter/Leistungsschlussalter _____	Berufsgruppe _____															
7 Überschussverwendung	Verrechnung mit den Beiträgen																		
8 Beitrag <i>(Mindestbeitrag je Zahlungsweise 10,- €)</i>	Wählen Sie Ihre monatliche Wunschrente: <table border="1" data-bbox="231 1366 1540 1702"> <thead> <tr> <th>Gewünschte Monatsrente</th> <th>Monatlicher Bruttobeitrag</th> <th>Monatlicher Zahlbeitrag*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 500 €</td> <td>_____ €</td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.000 €</td> <td>_____ €</td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.500 €</td> <td>_____ €</td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2.000 €</td> <td>_____ €</td> <td>_____ €</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Etwaige mit dem Beitrag verrechnete Überschussanteile ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen. Sie können für die Folgejahre nicht garantiert werden.</p>				Gewünschte Monatsrente	Monatlicher Bruttobeitrag	Monatlicher Zahlbeitrag*	<input type="checkbox"/> 500 €	_____ €	_____ €	<input type="checkbox"/> 1.000 €	_____ €	_____ €	<input type="checkbox"/> 1.500 €	_____ €	_____ €	<input type="checkbox"/> 2.000 €	_____ €	_____ €
Gewünschte Monatsrente	Monatlicher Bruttobeitrag	Monatlicher Zahlbeitrag*																	
<input type="checkbox"/> 500 €	_____ €	_____ €																	
<input type="checkbox"/> 1.000 €	_____ €	_____ €																	
<input type="checkbox"/> 1.500 €	_____ €	_____ €																	
<input type="checkbox"/> 2.000 €	_____ €	_____ €																	
9 Dynamik	Bei Dynamikmodell VB oder VS sind höchstens 5 % zulässig. Dynamikplan Vorjahresbeitrag bzw. _____ Steigerungsprozentsatz 5 % bzw. _____ % (1-5 %)		<input type="checkbox"/> Ich verzichte ausdrücklich auf das Recht der jährlichen Anpassung ohne erneute Gesundheitsprüfung.																
10 Besondere Vereinbarungen	Es wurden keine Nebenabreden getroffen. Nebenabreden sind nur verbindlich, wenn sie von der LV 1871 schriftlich bestätigt werden. <input type="checkbox"/> Es wurden folgende Nebenabreden getroffen: _____																		
11 Beitragszahlung	Die Beitragszahlung kann nur im Wege des Lastschriftverfahrens erfolgen. Das Versicherungsunternehmen wird bis auf Widerruf ermächtigt, sämtliche Beträge, die der/die VN aus dem Versicherungsverhältnis schuldet, von folgendem Konto des/der VN einzuziehen: Kontonummer _____ Bankleitzahl _____ Name und Sitz des Geldinstituts _____ Der Vermittler ist nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der Versicherungsnehmer im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrags an die LV 1871 zu leisten hat, anzunehmen. Zahlungen sind direkt an die LV 1871 zu leisten.																		

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragenkomplexe, soweit erforderlich, ausführlich. Sie helfen uns damit, Missverständnisse und Nachfragen zu vermeiden. Bitte verwenden Sie ein Beiblatt, falls Sie nicht genügend Platz vorfinden. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach. **Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu den Risikofragen auf Seite 3.**

12 Fragen an die zu versichernde/-n Person/-en = VP

a) Bestanden oder bestehen bei anderen Versicherungsunternehmen Lebens-, Renten-, Dread-Disease-, Pflegerenten-, Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätsversicherungen oder wurden (Probe-)Anträge gestellt? nein ja

Versicherungsunternehmen: _____ Versicherungssumme/Jahresrente (€): _____

Art der Versicherung: _____

Wurden zu solchen Versicherungen in den letzten 5 Jahren Erschwerungen gefordert, Anträge abgelehnt oder zurückgestellt? nein ja

Versicherungsunternehmen: _____

Jahr der Antragstellung: _____ Grund der Erschwerung/Ablehnung/Zurückstellung: _____

b) Sind Sie beruflich oder privat Gefahren ausgesetzt bzw. sind Auslandsaufenthalte geplant? nein ja nein ja

Art der beruflichen oder privaten Gefahr/Reiseland: _____

Bitte die entsprechenden Fragebögen beifügen.

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen bei allen Arten von Lebensversicherungen erst ab einer bestimmten Versicherungssumme (Todesfall-Leistung) bzw. Jahresrente (Leistungen wegen Berufsunfähigkeit/ Erwerbsunfähigkeit) offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Sämtliche beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen werden bei den genannten Summengrenzen berücksichtigt. [Die vollständige Selbstverpflichtungserklärung können Sie unter www.lv1871.de einsehen und ausdrucken. Auf Wunsch schicken wir Ihnen diese gerne zu.]

13 Standard-Gesundheitsfragen

Bitte beantworten bei Antrag mit biometrischem Risiko. Nur bei Versicherungen ohne ärztliches Zeugnis! Bitte fügen Sie ggf. die entsprechenden Fragebögen bei.

a) Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

b) Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Störungen, Krankheiten oder Beschwerden (z.B. des Herzens, der Kreislauf-, Atmungs-, Verdauungs-, Sinnes-, Harn- oder Geschlechtsorgane, der Nieren, der Haut, des Gehirns, der Nerven, der Psyche, des Stoffwechsels, des Bewegungsapparates, Geschwülste, Allergien) nein ja bzw. wurde innerhalb der letzten 10 Jahre eine HIV-Infektion (AIDS) festgestellt oder wurden/werden Sie deswegen behandelt nein ja oder haben innerhalb der letzten 10 Jahre Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angedacht? nein ja

c) Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren anlässlich von Untersuchungen nicht normale Ergebnisse festgestellt wie z. B. erhöhter Blutdruck, erhöhter Blutzucker, erhöhte Blutfett- oder Leberwerte, EKG-Veränderungen? nein ja

d) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Medikamente oder Rauschmittel/Drogen nein ja bzw. werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen der Folge von Alkoholgenuß beraten oder behandelt? nein ja

e) Bestehen körperliche oder geistige Beeinträchtigungen oder Fehlsichtigkeiten ab ±8 Dioptrien? nein ja Dioptrien rechts _____ Dioptrien links _____

14 Heilbehandler/-in

Welche/-r Heilbehandler/-in ist über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt/Hausärztin)?

Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung

15 Behandelte Erkrankungen/ Verletzungen

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen, die mit „ja“ beantwortet wurden. Ein gesondertes Beiblatt wird unterschrieben beigelegt.

zu Ziff. Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite, Befund der Untersuchung, usw. Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen

Name, Anschrift der Heilbehandler, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach.

16 Fragen bei BU(Z) mit einer Gesamt-Jahresrente (intern/ extern – inkl. Unfall-BU) ab 19.200 €

Die beantragte BU-Rente inklusive interner/externer Vorversicherungen darf 60 % des Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Dies gilt bis zu einer Gesamt-Jahresrente von 40.000 €. Beachten Sie auch die Formblätter zur finanziellen Risikoprüfung.

a) Brutto-Jahreseinkommen (Festgehalt) aus nicht-selbstständiger oder Einkünfte aus selbstständiger/gewerblicher Tätigkeit der letzten drei Jahre

Jahr 200 _____ € / Jahr 200 _____ € / Jahr 200 _____ €

b) Weitere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit

Sozialversicherung Berufsständische Versorgung Beamtenversorgung Betriebliche Altersversorgung Weitere Versicherungen

Jahresanspruch in € _____

c) Genaue Tätigkeitsbeschreibung _____

(bitte ggf. entsprechenden Berufsfragebogen einreichen)

d) Hatten Sie früher einen anderen Beruf nein ja Welchen? _____

e) Waren gesundheitliche Gründe Ursache für den Wechsel? nein ja Welche? _____

f) Wie lange besteht Ihr Betrieb? _____

17 Unterschriften

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die auf der Seite 3 stehenden Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person wichtige Bestandteile des Vertrages sind. Diese Erklärungen enthalten Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenübermittlung. Sie machen mit Ihren Unterschriften die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrages. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und weitere, für den Vertragsinhalt maßgebliche Verbraucherinformationen erhalten Sie mit Ihrem Versicherungsschein zugesandt. Ab Zugang des Versicherungsscheines besitzen Sie dann ein 30-tägiges Widerspruchsrecht. Sofern auf Dynamik verzichtet wurde, erklären Sie, dass Sie über die Bedeutung des Verzichts unterrichtet worden sind. Eine Zweitschrift des Versicherungsantrages wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung des Antrages ausgehändigt.

Ort _____ Versicherungsnehmer/-in _____ Ihr/-e Vermittler/-in _____

Datum _____ zu versichernde Person _____

_____ gesetzl. Vertreter (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen)

Antrag auf eine selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung

Hinweise für den Antrag auf eine selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung

Aufgabe bestehender Versicherungen

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Erläuterungen zu den Risikofragen

Um Ihnen die Beantwortung der Risikofragen zu erleichtern, werden nachfolgend zu den einzelnen Gefahren oder Organbereichen Beispiele genannt. Diese Auflistung soll Ihnen Anhaltspunkte geben und kann natürlich keine vollständige Aufzählung darstellen.

Berufliche Gefahren: z. B. Umgang mit Waffe oder explosivem/gesundheitsgefährdendem Stoff, Sondereinsatz, Off-Shore-Einsatz

Private Gefahren: z. B. Klettern, Tauchen, Renn- oder Flugsport

Auslandsaufenthalte: z. B. außerhalb der EU von mehr als 6 Wochen

Herz-, Kreislauforgane: z. B. Herzinfarkt, -schwäche, -fehler, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Thrombose

Atmungsorgane: z. B. allergischer Schnupfen, Asthma, chronische oder häufig wiederkehrende Bronchitis

Verdauungsorgane: z. B. Magen- oder Darmerkrankung, Leber- oder Gallenblasenleiden

Sinnesorgane: z. B. Schielen, Hornhautverkrümmung, Schwerhörigkeit, Taubheit, Tinnitus

Nieren, Harn-, Geschlechtsorgane: z. B. Blasen- oder Nierenentzündung, Erkrankung der Prostata oder der Gebärmutter, Eiweiß im Urin

Haut: z. B. Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte

Gehirn, Nerven: z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmung, Sensibilitätsstörung

Psyche: z. B. Depression, Selbsttötungsversuch, Magersucht, depressive Verstimmung

Stoffwechsel: z. B. Zucker/Diabetes, Störung der Schilddrüse, Fettstoffwechselstörung, Gicht

Bewegungsapparat: z. B. Wirbelsäulenverkrümmung, Bandscheibenvorfall, rheumatische Beschwerden, Gelenkerkrankung, Versteifung, Hexenschuss, Knochenbruch

Geschwülste: z. B. Tumor, Krebs

Allergien: z. B. allergisches Asthma, allergisches Kontaktekzem, Heuschnupfen

Körperliche/Geistige Beeinträchtigungen: z. B. angeborene Behinderung, Missbildung, Folge von Operation/Unfall, Amputation, Fehlsichtigkeit ab ±8 Dioptrien

Schlussfolgerungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person für diesen Antrag

Verantwortlichkeit für den Antrag und Verpflichtungen bis zur Antragsannahme

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß, umfassend und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass das Versicherungsunternehmen bei schuldhaft unterbliebener oder unrichtiger Anzeige gefahrerheblicher Umstände vom Vertrag zurücktreten bzw. den Vertrag anfechten und die Leistung verweigern kann. Die Bewertung des anzeigepflichtigen Umstandes als gefahrerheblich unterliegt der Beurteilung durch den Versicherer.

Überschussbeteiligung

Die Überschussanteile ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen und können für die Folgejahre nicht garantiert werden.

Vertragsgrundlagen

Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen des Versicherungsunternehmens. Beitrag und Versicherungsleistung erhöhen sich, je nach Vereinbarung, jährlich gemäß den „Besonderen Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen (Zuwachsversicherung) ohne erneute Gesundheitsprüfung“. Die für diesen Vertrag maßgebenden Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen werden mir zusammen mit dem Versicherungsschein übergeben.

Für diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich ermächtige die Lebensversicherung von 1871 a.G. München zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung/Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten 10 Jahre nach der Antragsannahme. Die Lebensversicherung von 1871 a.G. München darf auch die Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – über die Todesursache und/oder die Krankheiten, die zum Tod geführt haben, befragen. Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, darf die Lebensversicherung von 1871 a.G. München die (in Satz 1) genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie die Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Datenschutz

Ich willige ein, dass die Lebensversicherung von 1871 a.G. München im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an den Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer (und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer) übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch (unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages) für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der LV 1871-Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler/-in weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus auch für die Beratung und Betreuung in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei der Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes „Hinweise zur Datenverarbeitung“ Kenntnis nehmen konnte. Diese Unterlage erhalte ich auf Wunsch sofort ausgehändigt, spätestens aber zusammen mit meinen Vertragsunterlagen.

Bonitäts- und Stornoinformationen auf der Basis mathematisch-statistischer Verfahren beziehen wir von der Firma INFORMA GmbH, Freiburg Str. 7, 75179 Pforzheim.

Lebensversicherung von 1871 a. G. München Hauptverwaltung: Maximiliansplatz 5 80333 München	Postanschrift: 80326 München E-Mail: info@lv1871.de Internet: www.lv1871.de	Vorsitzender des Aufsichtsrats: Werner Kunzfeld	Vorstand: Karl Panzer (Vors.) Herbert Osterkorn (stv. Vors.) Dr. Peter Dvorak Friedrich Knott	Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit Sitz München AG München HRB 194
---	---	---	--	--