

SI RisikofreiLeben:

Antrag auf Risikolebensversicherung

☐ **Rückdeckungs-
versicherung**

Versicherungsnummer	RINR	21002
Bereits Kunde? ☐ nein ☐ ja	Versicherungs-/Kundenummer:	

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1 Antragsteller (Versicherungsnehmer)

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma ☐ Sonst. Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	Name, Vornamen, Geburtsname (mit Komma trennen)		Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit	Familienstand
	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)		Wohnsitzland	Steuer-Identifikationsnummer	
	Berufliche Tätigkeit ☐ voll berufstätig		Branche		
	☐ Selbstständiger/Firma/Verein ☐ Hausmann/nicht berufstätig ☐ Angest./Arbeiter im öff. Dienst ☐ Kind/Schüler/Student ☐ Angestellter ☐ Rentner ☐ Arbeiter ☐ Beamter ☐ Beamtenanwärter ☐ Gesellschafter/Geschäftsführer				
	Anteil Bürotätigkeit	Anzahl Mitarbeiter	Qualifizierte berufliche Weiterbildung (zur Einstufung in Berufsgruppe erforderlich)		Akademiker ☐ Ja ☐ Nein
Telefonnummer		Telefaxnummer	E-Mail		Mobilfunknummer

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe*, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine **Kontakt**daten aus diesem Antrag/dieser Angebotsanfrage für die Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der **regelmäßigen Kundenbetreuung** nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen diesen Vertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* gerichtet sind. Mein Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Bitte ankreuzen** ☐ ja, für Telefonnummer ☐ ja, für Telefaxnummer ☐ ja, für E-Mail ☐ ja, für SMS

* Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: siehe Angaben in der Dienstleisterliste

** Freiwillige Angaben

2 Beitragszahlung und SEPA-Lastschriftmandat (Das Mandat gilt nur im Falle des Zustandekommens eines Vertrages)

Beitragszahlung laufend ☐ monatlich ☐ 1/4-jährlich ☐ 1/2-jährlich ☐ 1/1-jährlich	☐ Lastschriftverfahren ☐ Überweisung nach Zahlungsaufforderung (nicht bei monatlicher Beitragszahlung)
--	--

SEPA-Lastschriftmandat (Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN)) - Bei abweichendem Kontoinhaber bitte Formular 06052xx ausfüllen.

Das Lastschriftverfahren für die Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe wird durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund (Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE81 ZZZ 00000103174**) ausgeführt. Die dabei eingezogenen Beiträge werden an die entsprechenden Gesellschaften weitergeleitet.

Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt.

Ich ermächtige die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., die jeweils fälligen Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von Ihnen vorgelegten Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Über die Einzugsstermine und die Höhe der einzuziehenden Beiträge werde ich in den jeweiligen Versicherungsscheinen, spätestens 1 Tag vor dem Einzugsstermin informiert.

IBAN (maximal 34 Stellen)	BIC (8 oder 11 Stellen)
Geldinstitut	Datum
Unterschrift Versicherungsnehmer/Kontoinhaber	

3 Versicherte Person, falls nicht Versicherungsnehmer

☐ Herr ☐ Frau ☐ Sonst. Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	Name, Vorname, Geburtsname (mit Komma trennen)		Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit	Familienstand
	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)		Wohnsitzland	Steuer-Identifikationsnummer	
	Berufliche Tätigkeit ☐ voll berufstätig		Branche		
	☐ Selbstständiger/Firma/Verein ☐ Hausmann/nicht berufstätig ☐ Angest./Arbeiter im öff. Dienst ☐ Kind/Schüler/Student ☐ Angestellter ☐ Rentner ☐ Arbeiter ☐ Beamter ☐ Beamtenanwärter ☐ Gesellschafter/Geschäftsführer				
	Anteil Bürotätigkeit	Anzahl Mitarbeiter	Qualifizierte berufliche Weiterbildung (zur Einstufung in Berufsgruppe erforderlich)		Akademiker ☐ Ja ☐ Nein
Beziehungsstatus zum Antragsteller/Versicherungsnehmer (freiwillige Angaben)		☐ Verheiratet mit ☐ Kind von ☐ Elternteil von ☐ Mündel von ☐ Vormund von ☐ Geschwisterteil von ☐ Enkelkind von ☐ Arbeitgeber von ☐ Arbeitnehmer von			

4 Raucher/Nichtraucherstatus der versicherten Person

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen nachfolgend in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Falls Sie die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder die Anfechtung zu erklären, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Einzelheiten dazu finden Sie in der auf der Seite 3 vor dem Abschnitt mit den Unterschriften abgedruckten Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG.

☐ Nichtraucher seit 12 Monaten ☐ Nichtraucher seit 10 Jahren ☐ Raucher
Definition des Raucherstatus

Nichtraucher seit 12 Monaten ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv kein Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat und auch nicht beabsichtigt, dies in Zukunft zu tun.

Nichtraucher seit 10 Jahren ist, wer in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung aktiv kein Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat und auch nicht beabsichtigt, dies in Zukunft zu tun.

Rauchen ist das Konsumieren von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Rauchtabak (Feinschnitt oder Pfeifentabak) oder sonstigem Tabak unter Feuer. Hierzu zählt ebenso die Benutzung einer Wasserpfeife / Shisha und eines elektrischen oder elektronischen Geräts wie beispielsweise einer e-Zigarette, einer e-Zigarre, einer e-Pfeife oder einer e-Shisha.

5 Versicherungsumfang

☐ Bei Produktgruppe Collect, Business oder Classic wird der Antrag über folgende Kollektivvereinbarung gestellt:

Nr.:

/

Der Antragsteller bestätigt, zum berechtigten Personenkreis der Kollektivvereinbarung zu gehören.

Sofern durch die Antragstellung über einen Kollektivpartner ein Rückschluss auf eine Gewerkschaftszugehörigkeit möglich ist, benötigen wir von Ihnen eine Einwilligung. Wenn Sie uns keine Einwilligung erteilen, ist ggf. das gewünschte Kollektiv nicht wählbar.

☐ Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Beiträge, erforderlich ist. Meine Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Gesundheitserklärung und weitere Angaben zum Antrag Lebensversicherung Formular-Nr. 22230xx. Für eine RIVF im Rahmen einer Immobilienfinanzierung ist das Formular-Nr. 22355xx beizufügen.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Der vorläufige Versicherungsschutz ist automatisch in den Vertrag eingeschlossen. Erläuterungen siehe „Wichtige Hinweise“.

Grund der Absicherung

Dient die Versicherung zur Absicherung eines Darlehens / Kredites? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, bitte geben Sie die Darlehenshöhe bzw. Kreditsumme in EUR an:

Hauptversicherung

Produkt	Produktgruppe Comfort ☐ Collect ☐ Business ☐ Classic 	Sofern nichts angekreuzt ist, gilt Comfort als beantragt.	Berufsgruppe	Versicherungssumme in EUR	Beitragszahlungs-/ Versicherungsbeginn	Ablauf der Versicherungsdauer	Abweichende(r) Beitrags- zahlungsdauer Ablauf	
						0:00 Uhr		0:00 Uhr
Gesamtbeitrag (brutto) in EUR		Beitrag (brutto) der Hauptversicherung in EUR		Beitrag (brutto) der Berufsunfähigkeits- Zusatzversicherung in EUR				

Ich stimme zu, dass in Abweichung zu § 33 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 VVG der Versicherungsschutz nicht erst beginnen und der Erst- oder einmalige Beitrag nicht erst fällig sein soll mit Ablauf der 30-tägigen Widerrufsfrist, sondern unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem beantragten Beginn der Versicherung.

Überschussverwendung

RIV, RIVF, PRIV

Wenn nichts angekreuzt ist,
gilt die Beitragsverrechnung
als beantragt.

Alternativ:

☐ Todesfallbonus

Überschussverwendung Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ, PBUZ)

(In beitragsfreien Zeiten der BUZ, PBUZ ist immer die Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung vereinbart)

Beitragsverrechnung (gilt nicht bei Todesfallbonus)

Verzinsliche Ansammlung (bei Todesfallbonus)

Zusatzversicherungen

SI WorkLife Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ und PBUZ)

☐ EXKLUSIV (BUZ)	Beitragsbefreiung	Berufsgruppe	Ablauf – falls abweichend von der Hauptversicherung –	
☐ EXKLUSIV-PLUS (PBUZ)			Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer
			0:00 Uhr	0:00 Uhr

Besondere Vereinbarungen für bestimmte Berufsgruppen

- ☐ **Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel (Formular-Nr. 23285xx, gilt nur für Polizei- und Bundespolizeibeamte)**
☐ **Feuerwehrendienstunfähigkeitsklausel (Formular-Nr. 23292xx)**
☐ **Dienstunfähigkeitsklausel für Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit (Formular-Nr. 23287xx)**

Beitragszuschlag
erforderlich

Dynamik

Beitragsdynamik

Jährliche Erhöhung des zuletzt gültigen Gesamtbeitrages um einen festen Prozentsatz % (ganzzahlig von 3 bis 5 % - bis Eintrittsalter 27 Jahre nur 3 % möglich).

Die Gesamtbeitragserhöhung führt zur Erhöhung der Hauptversicherung.

Ist die Dynamik nicht ausgeschlossen und kein Prozentsatz eingetragen, gelten 5% des zuletzt gültigen Gesamtbeitrages als beantragt.

☐ Ausschluss Dynamik

6 Bezugsberechtigung

6.1 Bezugsberechtigung Erlebensfall

Sofern nichts anderes bestimmt wird, ist bezugsberechtigt:

- bei Ablauf der Versicherung bzw. bei Versicherungsleistungen während der Vertragsdauer: der Versicherungsnehmer

Anderenfalls ist bezugsberechtigt (namentlich bezeichnen, ggf. auch Geburtsname)

bei Ablauf der Versicherung bzw. bei Versicherungsleistungen während der Vertragsdauer

6.2 Bezugsberechtigung Todesfall

Sofern nichts anderes bestimmt wird, ist bezugsberechtigt:

Wenn die versicherte Person stirbt, ist der Versicherungsnehmer bezugsberechtigt. Ist dieser gleichzeitig versicherte Person, dann ist bezugsberechtigt:

1. der überlebende Ehegatte oder Lebenspartner, mit dem die versicherte Person im Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet war bzw. eine eingetragene Lebenspartnerschaft unterhielt,
2. die überlebenden Kinder zu gleichen Teilen, 3. die Eltern, 4. die Erben (in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten).

Anderenfalls ist bezugsberechtigt (namentlich bezeichnen, ggf. auch Geburtsname)

beim Tode der versicherten Person

6.3 Bezugsberechtigung bei Rückdeckungsversicherungen

Bezugsberechtigt im Todesfall und zu Lebzeiten ist der Versicherungsnehmer.

Die Ansprüche der versicherten Person gegen den Versicherungsnehmer richten sich grundsätzlich nach der ihm erteilten Versorgungszusage (Pensionszusage).

7 Sonstiges

Information zur Verarbeitung Ihrer Daten

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Ausführliche Erläuterungen zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie in den Datenschutz-Informationen der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG. Diese werden Ihnen im Rahmen dieser Antragstellung zusammen mit weiteren vorvertraglichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Sie können die Datenschutz-Informationen zusätzlich im Internet abrufen unter <http://www.signal-iduna.de/datenschutzinfo>

Bitte nehmen Sie die Datenschutz-Informationen entsprechend zur Kenntnis.

Erklärung des Versicherungsnehmers zum Geldwäschegesetz

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder damit verbundene Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.

☐ ja ☐ nein, dann Aufzeichnung gemäß Geldwäschegesetz (GwG) Teil B ausfüllen

Informationen zum Vermittler und des Vermittlers

a) Vermittlerbegriff:

Vermittler in diesem Sinne sind der Agenturinhaber, Agenturpartner und in deren Namen arbeitende selbstständige Untervertreter sowie die in einer Bürogemeinschaft tätigen Vermittler. Weitere Informationen zu diesen Personen finden Sie auf der Vermittlerhomepage, auf die Sie unter www.signal-iduna-agentur.de über „Ansprechpartner“ gelangen.

b) Statusinformation und Beratungsgrundlage

Die Informationen nach § 15 (1) und § 16 VersVermV und § 60 (2) VVG bzw. über den Status des angestellten Vermittlers wurden übergeben und sind von mir zur Kenntnis genommen worden.

c) Informationen zur Einbeziehung von Nachhaltigkeitsrisiken nach Art. 6 (2) Offenlegungsverordnung (EU) 2019/2088

d) Die vorgenannten Informationen habe ich zur Kenntnis genommen.

Wirtschaftsauskünfte

☐ Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG zum Zwecke des Vertragsabschlusses Informationen zu meinem Zahlungsverhalten, Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren sowie Informationen zur Berufstätigkeit unter Verwendung von Anschriftendaten von der CRIF GmbH, Victor-Gollancz-Straße 5, 76137 Karlsruhe bezieht und nutzt.

Informationen hierzu kann ich bei der oben genannten Firma jederzeit einholen. Die Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Empfangsbestätigung

Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich die Datenschutz-Information SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG, die Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 2 der VVG-Informationspflichtenverordnung in der zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsschutzes gültigen Fassung sowie die Widerrufsbelehrung in Textform erhalten.

Unterschrift Antragsteller

Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist.

Die Datenschutz-Informationen und die Dienstleisterliste habe ich vor Antragstellung in Textform erhalten.

Unterschrift versicherte Person

Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn die versicherte Person minderjährig ist.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Wichtigen Hinweise“ auf der Seite 4. In den Hinweisen sind u.a. die Vertragsgrundlagen (Antrag, gesetzliche Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland, Versicherungsbedingungen, Gebührenübersicht und Versicherungsschein) aufgeführt. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift auch die „Wichtigen Hinweise“ zum Inhalt dieses Antrages.

Eine Zweitschrift erhält der Antragsteller sofort nach der Unterzeichnung dieses Antrages ausgehändigt.

Widerrufsrecht

Es besteht ein Widerrufsrecht. Die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben, entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung.

Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG

Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:

Je nachdem, ob Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig, leicht fahrlässig oder schuldlos verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen.

Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Sofern Sie diese Anzeigepflicht verletzen, ohne dass Sie vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend und bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag nicht selbst stellt und mindestens 14 Jahre alt ist

Eigenhändige Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn Antragsteller oder versicherte Person minderjährig ist

Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen (ggf. auch den Geburtsnamen) enthalten.

Erklärung und Unterschrift Vermittler

Angabe gemäß Geldwäschegesetz (GwG)

Die Richtigkeit der Unterschriften und der Angabe gemäß GwG wird bescheinigt. Es sind keine risikoerhöhenden Umstände bekannt (andernfalls gesonderten Bericht beifügen). Ich bestätige, die zur Identitätsfeststellung erforderlichen Angaben des Vertragspartners in dessen persönlicher Anwesenheit aufgenommen zu haben. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschrift(en) habe ich anhand vorgelegter Ausweise/Nachweise überprüft.

Ich erkläre nach § 15 (1) und § 16 VersVermV und § 60 (2) VVG: Ich bin

☐ Ausschließlichkeitsvermittler

☐ Mehrfachvermittler

☐ Makler

☐ HV Hamburg

☐ HV Dortmund

Aushändigung durch

☐ HV ☐ ADP

ADVNR

Unterschrift Vermittler

Wichtige Hinweise

Versicherungsnehmer (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Vertragsgrundlagen (nur bei Stellung eines Antrages)

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland, den jeweiligen Versicherungsbedingungen, der Gebührenübersicht und dem Versicherungsschein.

Aufgabe bestehender Versicherung

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

Im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar und mit Nachteilen verbunden ist auch die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei demselben Unternehmen.

Steuerliche Ansässigkeit im Ausland

Die steuerliche Ansässigkeit richtet sich nach den nationalen Bestimmungen zur unbeschränkten Steuerpflicht des jeweiligen Staates und etwaigen Doppelbesteuerungsabkommen.

Die Staatsbürgerschaft allein führt regelmäßig nicht zur steuerlichen Ansässigkeit. Dies gilt nur in Ausnahmefällen (wie für die USA). Anknüpfungspunkte der Besteuerung sind vielmehr ortsgebundene persönliche Merkmale. Dies kann der Wohnsitz, ein ständiger Aufenthalt oder – bei Unternehmen – der Ort der Geschäftsleitung im jeweiligen Staat sein.

Einkünfte aus anderen Staaten, die dort einer Besteuerung an der Quelle unterliegen können (etwa Miet- und Pachteinnahmen, Einnahmen aus Kapitalvermögen), führen für sich allein genommen noch nicht automatisch zu einer steuerlichen Ansässigkeit im Ausland. Ein Indiz für eine steuerliche Ansässigkeit in einem anderen Staat ist, dass Sie eine persönliche TIN (Tax Identification Number) aus diesem Staat erhalten haben. Es besteht auch die Möglichkeit, in verschiedenen Staaten gleichzeitig steuerlich ansässig zu sein.

Für Fragen zur steuerlichen Ansässigkeit holen Sie bitte fachkundigen Rat (Steuerberater, auf Steuerrecht spezialisierter Rechtsanwalt) ein oder führen Sie eine Klärung mit den zuständigen lokalen Steuerbehörden herbei.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Es wird der versicherten Person sofortiger Versicherungsschutz bei Tod in Folge eines Unfalls in Höhe der Versicherungssumme, maximal 200.000 EUR gewährt. Ein gesonderter Beitrag fällt für den vorläufigen Schutz nicht an. Der Versicherungsschutz beginnt mit Eingang des vollständig ausgefüllten Antrages und endet mit dem Zustandekommen des Hauptvertrags bzw. maximal nach 2 Monaten.

Weitere Details können Sie den dazugehörigen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz zur Risikolebensversicherung entnehmen.

Vorgezogene Todesfallleistung (nur bei RIV oder PRIV)

Falls die versicherte Person aufgrund einer unheilbaren Krankheit voraussichtlich nicht länger als 12 Monate leben wird, wird 100% der Versicherungssumme gezahlt und der Vertrag erlischt.

Weitere Details können Sie den dazugehörigen Bedingungen entnehmen.

Erläuterungen zu den Fragen an die versicherte Person zum Anteil der Bürotätigkeit, Anzahl Mitarbeiter, Qualifizierte Ausbildung

Anhand der Angaben werden wir prüfen, ob die Einstufung in eine günstigere Berufsgruppe möglich ist.

Anteil Bürotätigkeit

Bitte tragen Sie an dieser Stelle im Antrag ein, welchen Anteil an Ihrer gesamten Arbeitszeit Bürotätigkeiten einnehmen.

Zu den Bürotätigkeiten gehören beispielhaft folgende Tätigkeiten:

- Auftragsbeschaffung und Kundenbetreuung
- Planung der Auftragsdurchführung
- Koordinierung des Mitarbeitereinsatzes
- Aufsichtsführung und Kontrollen
- allgemeine Bürotätigkeiten (z. B. Rechnungsstellung, Materialbestellungen usw.)

Anzahl Mitarbeiter

Bitte geben Sie an dieser Stelle im Antrag an, für wie viele sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter (ohne geringfügig beschäftigte Mitarbeiter) Sie Personalverantwortung tragen. Auszubildende gelten als sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter; Teilzeitmitarbeiter werden als jeweils ein Mitarbeiter angesehen.

Als geringfügig beschäftigte Mitarbeiter gelten:

- Geringfügig entlohnte Mitarbeiter
- Kurzfristig beschäftigte Mitarbeiter (bis zu 3 Monate bzw. 70 Arbeitstage)

Qualifizierte berufliche Weiterbildung

Bitte geben Sie an dieser Stelle im Antrag an, welche qualifizierte berufliche Weiterbildung Sie haben. Hierzu zählen beispielhaft folgende Qualifizierungen:

- Meister
- Industriemeister
- Geprüfter Techniker
- Geprüfter Fach- oder Betriebswirt
- Weiterbildung nach dem Berufsbildungsgesetz
- Weiterbildung der Industrie- und Handelskammer
- Weiterbildung an Fachschulen

Akademiker

Jemand, der einen Abschluss von einer staatlichen bzw. staatlich anerkannten Hochschule hat (=Hochschulabschluss).

Hochschulabschlüsse können in Deutschland staatliche Universitäten, Technische Hochschulen, Kunsthochschulen, Fachhochschulen usw. sowie staatlich anerkannte Hochschulen, etwa kirchliche Hochschulen, verleihen.

Personen, die einen Abschluss von einer staatlichen Berufsakademie bzw. dualen Hochschule erhalten haben, sehen wir gleichwertig zu Akademikern (z. B. Absolventen eines dualen Studiums an einer staatlichen Berufsakademie).

SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG, Sitz: Dortmund, HR B 32964, AG Dortmund
Vorstand: Marcel Butzke, Dr. Sven Grönwaller, Daniel-Alexander Windt, Vorsitzender des Aufsichtsrats: Clemens Vatter
SIGNAL IDUNA Gruppe Hauptverwaltungen, www.signal-iduna.de, info@signal-iduna.de
44121 Dortmund, Hausanschrift: Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund, Telefon 0231 135-0, Telefax 0231 135-4638
20351 Hamburg, Hausanschrift: Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg, Telefon 040 4124-0, Telefax 040 4124-2958

Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe							
GD-Nr.	Betreuer-Nr.	Antr-GD	Antrags-Nr.	Ext.-Nr.	VB		Firmenschl.
ADVNR 1	Teil. 1	ADVNR 2	Teil. 2	ADVNR 3	Teil. 3	Antragsherkunft	
Name ADV						Telefonnummer ADV	
Recherche GD / Antragsprüfung GD ☐ Checkliste geprüft ☐ Recherche telefonisch ☐ Recherche persönlich ☐ Antrag gemäß Anweisung geprüft und an HV weitergeleitet.		Datum	Funktionsstelle	Unterschrift		Tel.-Nr.	

Aufzeichnung gemäß Geldwäschegesetz (GwG)

Erklärung des Identifizierenden bei Neuabschluss/Vertragsänderung

Teil A: Identifizierung des Antragstellers (Versicherungsnehmers) – Eine Eigenidentifizierung des VN ist unzulässig. Bitte fügen Sie dem Antrag eine Kopie/Scan/Foto des Identifizierungsdokuments bei.

1. Der Antragsteller ist eine natürliche Person (Angaben zum Versicherungsnehmer gemäß Ausweis)

Name	Vorname(n)	
Wohnort und Straße (aus dem Personalausweis übernehmen) - (Nur wenn von VN-Anschrift abweichend)		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Ausweisnummer	Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum
Ausweisart ☐ Reisepass ☐ Personalausweis	Ausstellungsort	Gültig bis

2. Der Antragsteller ist eine juristische Person

Name oder Bezeichnung der Firma	Rechtsform *
Registernummer, Abruf am, Amtsgericht (soweit vorhanden)	
Anschrift des Sitzes der Hauptniederlassung der Firma	
Namen der Geschäftsführer, Vorstände, Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter **	
* handelt es sich um ein Einzelunternehmen, bitte zusätzlich die Ausweisdaten des Inhabers unter Punkt 1 aufnehmen. ** handelt es sich bei einem Mitglied des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter ebenfalls um eine juristische Person, so sind o.g. Angaben auch für diese zu erheben.	

Teil B: Identifizierung wirtschaftlich Berechtigte(r)

1. Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder damit verbundene Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung, bzw. der Kunde wurde hierzu von einem Dritten beauftragt. Bei juristischen Personen sind die natürlichen Personen anzugeben, die mehr als 25% der Anteile halten.

- ☐ abweichender Beitragszahler (bitte den Teil B 2. ausfüllen)
- ☐ unwiderruflich Bezugsberechtigter (bitte den Teil B 2. ausfüllen)
- ☐ Veranlassung durch einen Dritten (bitte den Teil B 2. ausfüllen)
- ☐ Anteilseigner > 25%
- ☐ Es existiert keine natürliche Person, die mehr als 25% der Anteile hält (bitte den Teil A 2. ausfüllen).

Bei mehreren wirtschaftlich Berechtigten bitte für jede Person jeweils einen Teil B ausfüllen.

2. Name, alle Vornamen des wirtschaftlich Berechtigten:	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Meldeanschrift:	
Beziehung zum Versicherungsnehmer:	
Herkunft der Gelder (nicht ausfüllen, wenn unwiderruflich Bezugsberechtigter):	
Hintergründe: Bitte erläutern Sie, weshalb die Geschäftsbeziehung/ Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt.	

Teil C: Erklärung zur Feststellung politisch exponierter Personen (PeP)

Ist oder waren einer oder mehrere der in Teil A oder Teil B genannten Personen oder ein unmittelbares Familienmitglied oder eine ihm sonst nahestehende Person eine „Politisch exponierte Person“ (z. B. Regierungschef, Minister, Parlamentsmitglied, Bundesrichter) in Deutschland oder im Ausland?

☐ Wenn ja, ergänzen Sie bitte hier Informationen zur Person und politischen Funktion: