

SI WorkLife

Antrag auf Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsnummer	RINR	21713
Bereits Kunde? ☐ nein ☐ ja	Versicherungs-/Kundennummer:	

☐ Rückdeckungsversicherung

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1 Antragsteller (Versicherungsnehmer)

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma ☐ 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 ☐ Arbeiter ☐ Beamter ☐ Beamtenanwärter ☐ Gesellschafter/Geschäftsführer ☐ Rentner	
	Bei Beamten: Besoldungsgruppe (BG)					
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 **Kontaktdaten** 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 Einzugstermine und die Höhe der einzuziehenden Beiträge werde ich in den jeweiligen Versicherungsscheinen, spätestens 1 Tag vor dem Einzugsdatum 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 ☐ Arbeiter ☐ Beamter ☐ Beamtenanwärter ☐ Gesellschafter/Geschäftsführer ☐ Rentner
	Bei Beamten: Besoldungsgruppe (BG)				
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 (Anzugeben ab dem vollendeten 16. Lebensjahr)

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 Berufsunfähigkeitsversicherung Formular-Nr. 22002xx beifügen. Für versicherte Personen mit Eintrittsalter bis einschließlich 30 Jahre ist das Formular-Nr. 22021xx beizufügen. Für versicherte Personen der Berufsgruppen 1+++ bis 5 ist das Formular-Nr. 22209xx beizufügen.

Produkt	Produktgruppe	Sofern nichts angekreuzt ist, gilt Comfort als beantragt.	Berufsgruppe	Beitragszahlungs-/Versicherungsbeginn	Beitrag (brutto) in EUR	Bei Überschussverwendung Beitragsverrechnung im 1. Jahr zu zahlender Beitrag in EUR (Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden.)
☐ EXKLUSIV	Comfort ☐ Collect ☐ Business ☐ Classic	☐				
☐ EXKLUSIV-PLUS						

Ich stimme zu, dass in Abweichung zu § 33 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 VVG der Versicherungsschutz nicht erst beginnen und der Erstbeitrag 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.

Monatliche Berufsunfähigkeitsrente in EUR		Ablauf Versicherungsdauer		Beitragszahlungsdauer		Leistungsdauer		
		0:00 Uhr		0:00 Uhr		0:00 Uhr		
Anteil Bürotätigkeit	Anzahl Mitarbeiter	Qualifizierte berufliche Weiterbildung (zur Einstufung in Berufsgruppe erforderlich)				Akademiker ☐ Ja ☐ Nein		Erläuterungen siehe „Wichtige Hinweise“

Überschussverwendung

Falls nichts angekreuzt ist, gilt Beitragsverrechnung als beantragt.

Alternativ: ☐ verzinsliche Ansammlung ☐ Fondsanlage

Die Überschüsse bei beitragsfreien Versicherungen werden, abhängig von der vereinbarten Überschussverwendung, zur verzinslichen Ansammlung oder zum Erwerb von Fondsanteilen verwendet.

Bei Fondsanlage: Fondsauswahl

Ich treffe folgende Fondsauswahl (bitte Fonds-Ziffer entsprechend der Liste aus Formular-Nr. 27042xx und ganzzahligen %-Satz angeben):

	%		%		%		%		%
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

Maximal 5 Fonds können während der Vertragslaufzeit gleichzeitig verwendet werden. Falls kein Prozentsatz angegeben wurde, werden die Anteile gleichmäßig auf die gewählten Fonds verteilt. Soweit Sie keine Fondsauswahl getroffen haben, erfolgt die Fondsanlage zu 25% in HANSAPerspektive Class V; zu 45% in Amundi S&P 500 Screened UCITS ETF; zu 10% in Vanguard ESG Developed Asia Pacific All Cap UCITS ETF und zu 20% in WisdomTree Global Quality Dividend UCITS ETF - USD (EUR). Informationen zu den einzelnen Fonds finden Sie im Formular -Nr. 27042xx.

Die Fondsentwicklung kann nicht garantiert werden; das Anlagerisiko trägt der Versicherungsnehmer. Aufgrund der Fondsentwicklung kann bei Fälligkeit der Leistung ggf. kein Geldwert der Fondsanteile vorhanden sein.

Nur bei EXKLUSIV-PLUS: ☐ Arbeitsunfähigkeitsklausel (nicht bei Einschluss der Option Beginner+)

☐ Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall (nur bei EXKLUSIV-PLUS)

Während unserer Leistungspflicht erhöhen wir die Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen festen Prozentsatz von % (ganzzahlig von 1 bis 3 %).

Besondere Vereinbarungen für bestimmte Berufsgruppen

☐ Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel zum beantragten Produkt EXKLUSIV oder EXKLUSIV-PLUS (nicht für JVA-Beamte)	☐ Klausel Umtauschrecht für Beamtenanwärter oder Beamte auf Probe	☐ Feuerwehrendienstunfähigkeitsklausel (Formular-Nr. 23284xx beifügen) ☐ Option auf nachträglichen Einschluss einer Feuerwehrendienstunfähigkeitsklausel (Formular-Nr. 23290xx beifügen) ☐ Dienstunfähigkeitsklausel für Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit (Formular-Nr. 23288xx beifügen) ☐ Verlängerungsoption für Schüler, Studenten und Auszubildende (Formular-Nr. 23289xx beifügen)	Nur bei EXKLUSIV-PLUS: ☐ Leistung bei teilweiser Dienstunfähigkeit
Klauselinhalt – siehe unter Wichtige Hinweise			

Nur bei EXKLUSIV-PLUS: ☐ Beginner+ (nicht bei Einschluss der Arbeitsunfähigkeitsklausel)

Erhöhte monatliche Berufsunfähigkeitsrente in EUR	Ablauf der Option
	0:00 Uhr

Dynamik

☐ Beitragsdynamik

Jährliche Erhöhung des zuletzt gültigen Beitrages um einen festen Prozentsatz von % (ganzzahlig von 1 bis 5 %).

6 Bezugsberechtigung

6.1 Bezugsberechtigung Erlebensfall

Sofern nichts anderes bestimmt wird, ist bezugsberechtigt:

- für Versicherungsleistungen während der Vertragsdauer bzw. für eine evtl. fällig werdende Leistung bei Ablauf der Versicherung: der Versicherungsnehmer

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

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

Hiermit bestätige ich, dass die versicherte Person zu mir als Versicherungsnehmer und Bezugsberechtigten für Leistungen im Erlebensfall oder falls ich für Leistungen im Erlebensfall eine andere Person namentlich benannt habe, zu dieser anderen Person, in einem nahen Angehörigenverhältnis im Sinne des Versicherungsteuergesetzes steht. Nahe Angehörige sind danach: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder Lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Pflegeeltern, Großeltern, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner, Verlobte, Geschwister der Eltern.

Angehörige bleiben vorher genannte Personen auch dann, wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht.

☐ Die versicherte Person steht zu mir als Versicherungsnehmer oder, falls ich für Leistungen im Erlebensfall eine andere Person namentlich benannt habe, zu dieser anderen Person nicht in einem nahen Angehörigenverhältnis.

6.2 Bezugsberechtigung Todesfall

Wenn die versicherte Person stirbt, ist der Versicherungsnehmer für eine eventuell fällig werdende Leistung 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 zu Lebzeiten und für eine evtl. fällig werdende Leistung beim Tode der versicherten Person ist der Versicherungsnehmer. Die Ansprüche der versicherten Person gegen den Versicherungsnehmer richten sich grundsätzlich nach der ihm erteilten Versorgungszusage.

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.

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

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist.

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

Unterschrift versicherte Person

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

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Wichtigen Hinweise“ auf den Seiten 4 und 5. 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.

Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag nicht selbst stellt

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

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

Bitte denken Sie an Ihre Daten: ADVNR, GD- und BTR-Nummer! Siehe auch Seite „Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe“.

Vertragsgrundlagen

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

Absicherung der allgemeinen Dienstunfähigkeit bei Beamten

Wann Beamte bzw. Richter als berufsunfähig gelten, ist in § 2 der Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV bzw. SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS geregelt.

Besondere Vereinbarungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung für bestimmte Berufsgruppen

Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel

Bei Beantragung der Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel zu SI WorkLife EXKLUSIV

Für die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung gilt zusätzlich die nachstehend aufgeführte Klausel:

Bei versicherten Beamten des Vollzugsdienstes gilt die Entlassung bzw. Versetzung in den Ruhestand wegen Vollzugsdienstunfähigkeit (festgestellt aufgrund eines Gutachtens eines Amtsarztes oder eines beamteten Arztes) als vollständige Berufsunfähigkeit.

Die versicherten Leistungen wegen dieser Vollzugsdienstunfähigkeit erfolgen für 30 Monate. Die versicherte Person gilt weiterhin als berufsunfähig, wenn sie nach Ablauf dieser 30 Monate allgemein dienstunfähig oder berufsunfähig im Sinne der Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV (Berufsunfähigkeitsversicherung) ist.

Die Leistungspflicht endet jedoch spätestens mit Ablauf der Leistungsdauer.

Im Übrigen gelten die Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV (Berufsunfähigkeitsversicherung).

Bei Beantragung der Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel zu SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS

Für die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung gelten zusätzlich die nachstehend aufgeführten Klauseln:

Was gilt für Beamte des Vollzugsdienstes auf Widerruf oder auf Probe?

Bei versicherten Beamten des Vollzugsdienstes auf Widerruf oder auf Probe gilt die Entlassung bzw. Versetzung in den Ruhestand wegen Vollzugsdienstunfähigkeit (festgestellt aufgrund eines Gutachtens eines Amtsarztes oder eines beamteten Arztes) als vollständige Berufsunfähigkeit.

Die versicherten Leistungen wegen dieser Vollzugsdienstunfähigkeit erfolgen für 72 Monate, enden jedoch spätestens mit Ablauf der Leistungsdauer.

Der versicherte Beamte des Vollzugsdienstes auf Widerruf oder auf Probe gilt weiterhin als berufsunfähig, wenn er nach Ablauf dieser 72 Monate allgemein dienstunfähig oder berufsunfähig im Sinne der Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS (Berufsunfähigkeitsversicherung) ist.

Wurde ein versicherter Beamter des Vollzugsdienstes auf Widerruf oder auf Probe wegen festgestellter Vollzugsdienstunfähigkeit auf Grund eines Dienstunfalls entlassen oder in den Ruhestand versetzt oder wurde das Beamtenverhältnis widerrufen, leisten wir - über den genannten Zeitraum von 72 Monaten hinaus - solange ein Unterhaltsbeitrag bzw. Unfallruhegehalt im Sinne des Beamtenversorgungsgesetzes bezogen wird, was uns durch den fortlaufenden Erhalt von Bezügen nach dem Beamtenversorgungsgesetz nachzuweisen ist. Liegen diese Voraussetzungen für den Leistungsbezug nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Leistungspflicht endet jedoch spätestens mit Ablauf der Leistungsdauer.

Im Übrigen gelten die Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS (Berufsunfähigkeitsversicherung).

Was gilt für Beamte des Vollzugsdienstes auf Lebenszeit?

Bei versicherten Beamten des Vollzugsdienstes auf Lebenszeit gilt die Entlassung bzw. Versetzung in den Ruhestand wegen Vollzugsdienstunfähigkeit (festgestellt aufgrund eines Gutachtens eines Amtsarztes oder eines beamteten Arztes) als vollständige Berufsunfähigkeit.

Die versicherten Leistungen wegen dieser Vollzugsdienstunfähigkeit erfolgen für 72 Monate, enden jedoch spätestens mit Ablauf der Leistungsdauer.

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 unzulässig und für beide Unternehmen unerwünscht.

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

Der versicherte Beamte des Vollzugsdienstes auf Lebenszeit gilt jedoch weiterhin als berufsunfähig, wenn er nach Ablauf dieser 72 Monate allgemein dienstunfähig oder berufsunfähig im Sinne der Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS (Berufsunfähigkeitsversicherung) ist.

Die versicherten Leistungen wegen Vollzugsdienstunfähigkeit erfolgen auch nach Ablauf dieser 72 Monate dann, wenn der versicherte Beamte des Vollzugsdienstes auf Lebenszeit wegen festgestellter Vollzugsdienstunfähigkeit vor Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze in den Ruhestand versetzt worden ist und solange Ruhegehalt oder ein Unterhaltsbeitrag im Sinne des Beamtenversorgungsgesetzes bezogen wird, was uns durch den fortlaufenden Erhalt von Bezügen nach dem Beamtenversorgungsgesetz nachzuweisen ist. Liegen diese Voraussetzungen für den Leistungsbezug nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein.

Die Leistungspflicht endet jedoch spätestens mit Ablauf der Leistungsdauer.

Sofern keine Leistung aus dieser Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel fällig wird, gilt im Falle eines Laufbahnwechsels aufgrund Vollzugsdienstunfähigkeit des versicherten Beamten:

Ist bei einem Laufbahnwechsel für die Übertragung eines gleichwertigen Dienstpostens eine Ausbildung erforderlich, was uns nachzuweisen ist, erfolgen während der Ausbildungszeit die versicherten Leistungen, insgesamt längstens für 72 Monate. Diese Leistungen enden jedoch spätestens mit Ablauf der Leistungsdauer.

Im Übrigen gelten die Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS (Berufsunfähigkeitsversicherung).

Was gilt für Beamte des Vollzugsdienstes auf Widerruf, auf Probe oder auf Lebenszeit, die in einer Einsatzhundertschaft eingesetzt sind?

Erleidet der versicherte Beamte während oder infolge eines Einsatzes in einer polizeilichen Großlage eine Krankheit oder Körperverletzung, die zur Entlassung bzw. Versetzung in den Ruhestand wegen Vollzugsdienstunfähigkeit führt, zahlen wir zusätzlich eine Einmalleistung in Höhe von 12 Monatsrenten, maximal jedoch 12.000 EUR.

Diese Voraussetzungen für die Zahlung der Einmalleistung sind uns durch eine Bestätigung des Dienstherrn nachzuweisen.

Im Übrigen gelten die Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS (Berufsunfähigkeitsversicherung).

Was gilt für Beamte des Vollzugsdienstes auf Widerruf, auf Probe oder auf Lebenszeit, die die Option Beginner+ mit uns vereinbart haben?

Ist der versicherte Beamte im Sinne dieser Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel innerhalb der vereinbarten Versicherungsdauer der Option Beginner+ (siehe § 2 Absatz 6 der Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS (Berufsunfähigkeitsversicherung)) berufsunfähig, erhöhen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente (siehe § 1 Absatz 1 der Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS (Berufsunfähigkeitsversicherung)) um den für die Option Beginner+ vereinbarten Prozentsatz.

Im Übrigen gelten die Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS (Berufsunfähigkeitsversicherung).

Bei Beantragung der Klausel Umtauschrecht für Beamtenanwärter oder Beamte auf Probe

Für die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung gilt zusätzlich die nachstehend aufgeführte Klausel:

Die Versicherungs- und Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsabsicherung kann jederzeit nach Ernennung der versicherten Person zum Lebenszeitbeamten (Kopie der Ernennungsurkunde ist vorzulegen), spätestens jedoch 3 Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer, ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängert werden und die Berufsunfähigkeitsrente kann erhöht werden.

Die Umstellung des Vertrages erfolgt über eine technische Vertragsänderung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Wichtige Hinweise - Fortsetzung

Versicherungsnehmer (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Es gelten folgende Rahmenbedingungen für den Umtausch:

- Die Verlängerung der Dauern und ggf. die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsabsicherung kann nur bis zum 40. Lebensjahr der versicherten Person ausgeübt werden.

Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente darf auf maximal

- 1.000 EUR bis Besoldungsgruppe A7
- 1.000 EUR in der Besoldungsgruppe A8
- 1.000 EUR in der Besoldungsgruppe A9
- 1.200 EUR in der Besoldungsgruppe A10
- 1.400 EUR in der Besoldungsgruppe A11
- 1.600 EUR in der Besoldungsgruppe A12
- 1.600 EUR in der Besoldungsgruppe A13
- 2.000 EUR in der Besoldungsgruppe A14
- 2.000 EUR in der Besoldungsgruppe A15
- 2.000 EUR in der Besoldungsgruppe A16 sowie den Besoldungsordnungen B, R und W

erhöht werden.

Eine Erhöhung über die o. g. Renten hinaus ist mit einem Nachweis im Rahmen der Beamtenversorgungsanalyse möglich

- Die Versicherungs- und Leistungsdauern dürfen nicht über das vollendete 67. Lebensjahr hinausgehen. Für einige Dienstbereiche (z. B. Polizei) gelten jedoch weitere Einschränkungen. Maßgeblich für das tatsächlich höchstmögliche Endalter der Versicherungs- und Leistungsdauer ist daher die zum Änderungsstermin konkret ausgeübte Tätigkeit der versicherten Person; hierfür sind geeignete Nachweise einzureichen.
- Die Inhalte eventuell vereinbarter Klauseln sowie eventuell vereinbarte medizinische Risikozuschläge gelten weiterhin.
- Der Versicherungsfall darf bis zum Änderungsstermin nicht eingetreten sein.

Der Beitragsberechnung für die geänderte Berufsunfähigkeitsabsicherung erfolgt auf der Grundlage des zum Änderungsstermin erreichten Alters und der konkret ausgeübten Tätigkeit der versicherten Person.

Feuerwehrdienstunfähigkeitsklausel zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Formular-Nr. 23284xx)

Dienstunfähigkeitsklausel für Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Formular-Nr. 23288xx)

Besondere Vereinbarungen zu EXKLUSIV-PLUS

Arbeitsunfähigkeitsklausel

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn durch ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen wird, dass die versicherte Person

- seit mindestens 3 Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist und ein in Deutschland ansässiger Facharzt der entsprechenden Fachrichtung das voraussichtliche Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende eines insgesamt 6 Monate ununterbrochenen Zeitraums bescheinigt oder
- seit mindestens 6 Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist und mindestens eine der ärztlichen Bescheinigungen durch einen in Deutschland ansässigen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden ist.

Die ärztlichen Bescheinigungen müssen von dem Facharzt ausgestellt sein, bei dem die versicherte Person wegen der die Arbeitsunfähigkeit verursachenden Krankheit in Behandlung ist. Wir leisten ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums.

Ist die versicherte Person Arbeitnehmer, so erfolgt der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG).

Andernfalls, so zum Beispiel bei Beamten, Selbständigen, Studenten, Schülern, Hausfrauen und Hausmännern, ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, die den Anforderungen des § 5 EntgFG entspricht.

Bei Arbeitsunfähigkeit während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung wird längstens für insgesamt 24 Monate eine Arbeitsunfähigkeitsleistung in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente gezahlt und die Beitragszahlungspflicht entfällt.

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).

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	
OVB intern:					PC-Kennung	PC-Int.-Antragsnummer	
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.	