SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG

oder sofern angekreuzt

☐ SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft

SIGNAL IDUNA

Berufsfragebogen

Sämtliche Fragen an die versicherte Person werden von der oben ausgewählten Gesellschaft gestellt.

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Versicherungsnummer	RINR	Datum der Antragstellung

Antragsteller (Versicherungsnehmer): Name, Vorname	Versicherte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum

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.

Fragen an die versicherte Person

1 Welchen Beruf üben Sie aus?

_____

Branche:

_____

2 Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

☐ Studium ☐ Kaufmännische Ausbildung/Lehre ☐ Handwerlich/technische Ausbildung

☐ Landwirtschaftliche Ausbildung ☐ Sonstige Ausbildung Welche? _____ ☐ Keine Ausbildung

3 Welchen beruflichen Status haben Sie?

☐ Festangestellt ☐ auf Zeit angestellt ☐ Arbeiter/Arbeiterin

☐ Beamter/Beamtin ☐ Freiberuflich/selbständig seit: _____ Anzahl der festen Mitarbeiter _____

4 Müssen Sie für Ihre Berufsausübung spezielle Tauglichkeitsanforderungen erfüllen?

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

5 Unterliegen Sie in Ihrer Berufsausübung speziellen Sicherheitsvorschriften?

☐ Nein ☐ Ja, welchen? _____

6 Welchen besonderen beruflichen Gefahren sind Sie ausgesetzt?

☐ Arbeit in Höhen über 4 Meter ☐ Umgang mit explosiven Stoffen/Sprengstoff ☐ Umgang mit leichtentzündlichen Stoffen

☐ Umgang mit radioaktiven Stoffen

☐ Sonstige Gefahren, welchen? _____ ☐ Keine beruflichen Gefahren

7 Welche der folgenden Belastungen bzw. gesundheitlichen Anforderungen treffen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit überdurchschnittlich häufig zu?

Arbeitsort

☐ Unfallgefahr
☐ Witterungs- und Temperaturexposition
☐ Staub- Gas- oder Chemikalienexposition
☐ Allergenexposition
☐ Publikumsverkehr
☐ berufliche Alkoholexposition
☐ Erschütterungen, Vibrationen
☐ Führen von gewerbl. Verkehrsmitteln/Maschinen

Arbeitszeit

☐ Akkordarbeit
☐ Schichtdienst
☐ unregelmäßige Arbeitszeiten

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Körperliche Belastung

- ☐ schwere körperliche Arbeiten
- ☐ Arbeiten in Zwangshaltung
- ☐ obere Extremitäten
- ☐ Hand- und Fingerfertigkeit
- ☐ untere Extremitäten

Sinnesorgane

- ☐ Sehvermögen
- ☐ Hörvermögen
- ☐ Belastung der Stimme
- ☐ Lärmexposition
- ☐ ständige Konzentration
- ☐ psychische Beanspruchung
- ☐ Riechvermögen
- ☐ Tastvermögen
- ☐ Geschmacksvermögen

8 Welche Tätigkeiten führen Sie bei Ihrer Berufsausübung im Einzelnen aus?

_____

_____

_____

_____

Bitte machen Sie Angaben zum %-Anteil Ihrer Berufsausübung

- ☐ Bürotätigkeit _____ %
- ☐ Aufsichtsführende Tätigkeit _____ %
- ☐ Körperliche/Manuelle Tätigkeit _____ %
- ☐ Künstlerische Tätigkeit _____ %
- ☐ Reisetätigkeit _____ %
- ☐ Sonstige Tätigkeit, welche? _____

_____

9 Ist Ihre Berufstätigkeit mit Auslandsaufenthalten verbunden?

☐ nein ☐ ja, Bitte Angaben zu Land, Ort, Dauer, Häufigkeit:

_____

_____

10 Wie üben Sie Ihre Tätigkeit aus?

☐ ganzjährig oder ☐ saisonal

11 Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?

☐ nein ☐ ja, aus welchem Grund? _____

12 Ist in absehbarer Zeit ein Berufswechsel vorgesehen oder angeraten?

☐ nein ☐ ja, aus welchem Grund? _____

13 Haben Sie derzeit Anspruch auf andere Versicherungsleistungen für den Fall der Invalidität/Berufsunfähigkeit (ohne die jetzt beantragte BUZ)?

☐ nein

☐ ja

- ☐ Sozialversicherung Euro/Jahr: _____
- ☐ Beamtenversorgung Euro/Jahr: _____
- ☐ Betriebliche Altersversorgung Euro/Jahr: _____
- ☐ Berufsständische Versorgung Euro/Jahr: _____
- ☐ Private Versicherungen Euro/Jahr: _____
- ☐ Andere Quellen Euro/Jahr: _____

14 Wurden bisher auf Ihre Person beantragte Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen (z.B. mit Zuschlag, Ausschlüssen) angenommen oder ist über einen solchen Antrag noch nicht entschieden?

☐ nein ☐ ja, Gesellschaft, Jahr? _____

Grund _____

Versicherte Person (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Hinweis: Dieses Formular gilt - sofern nichts anderes angekreuzt ist - für den Versicherer „SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG“ für Neuanträge und für Vertragsänderungen zu Bestandsverträgen. Bei Neuanträgen oder Vertragsänderungen für die „SIGNAL IDUNA Pensionskasse“ kreuzen Sie bitte auf Seite 1 dieses Formulars den entsprechenden Versicherer an. Dieses Formular gilt dann für die angekreuzte Gesellschaft.

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.

Bevor Sie diese Erklärungen unterschreiben, prüfen Sie bitte, ob die gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet sind und lesen Sie bitte die Rechtsfolgenbelehrung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht. Durch Ihre Unterschrift machen Sie diese zum Inhalt des Antrages.

Eine Zweitschrift dieser Erklärungen wird sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

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 aller gesetzlichen Vertreter, wenn Antragsteller oder versicherte Person minderjährig ist
	Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen enthalten.		