

# Antrag

**D**

**Dialog:**  
Lebensversicherungs-AG

Vermittlername Testbenutzer
Vermittlernummer testbenutzer-mobile
Telefonnummer für Nachfragen zum Antrag

## Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU) Selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (SEU)

<b>Antragsteller</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma							
Name	Vorname	Titel		Geburtsname		Geburtsdatum	
Mustermann		Max				26.03.1980	
Straße, Hausnummer				Geburtsort		Staatsangehörigkeit	
Dorfstr. 3						Deutschland	
Land	PLZ	Ort	derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)			Telefon für Antragsrückfragen (tagsüber)	
	18565	Insel Hiddensee					

<b>Zu versichernde Person</b> (falls nicht Antragsteller) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr							
Name	Vorname	Titel		Geburtsname		Geburtsdatum	
Mustermann		Max				26.03.1980	
Straße, Hausnummer				Geburtsort		Staatsangehörigkeit	
Dorfstr. 3						Deutschland	
Land	PLZ	Ort	derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)			Telefon für Antragsrückfragen (tagsüber)	
	18565	Insel Hiddensee	Abfüller/in				

<b>Zusätzliche Fragen an die zu versichernde Person bzw. an den Antragsteller</b> (falls gleichzeitig zu versichernde Person)	
Familienstand: <input checked="" type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Leben in Ihrem Haushalt Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Beantragter Versicherungsschutz:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> SBU-professional <input type="checkbox"/> SEU-protect®	
<input type="checkbox"/> SBU-solution® (Bitte das unterschriebene Angebot mit Verlauf der Beiträge je Versicherungsjahr einreichen)	

<b>Optionen:</b>	
<input type="checkbox"/> Rentendynamik im Leistungsfall um <input type="text"/> % (1 - 5 %, ganzzahlig)	
<input type="checkbox"/> Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG	<input type="checkbox"/> Zusatzzahlung (nicht bei SBU-solution®)
<input type="checkbox"/> Dread Disease (nicht bei SBU-solution® und bei SEU-protect®)	<input type="checkbox"/> Pflegerentoption: Jahresrente <input type="text"/> Euro (nicht bei SEU-protect®)

Versicherungsbeginn	Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer	Jahresrente	Leistungsdauer (ab Versicherungsbeginn)	Karenzzeit
01.06.2014	33 Jahre	33 Jahre	15600,00 Euro	33 Jahre	Monate

<b>Beruf lt. Angebot</b>
Abfüller/in
<b>Dynamik in der Anwartschaft</b>
Ich wünsche eine Dynamik um <input type="text"/> % (2 - 5 %, ganzzahlig).

<b>Beitragszahlung</b> (Mindestbeitrag 5,00 Euro netto) <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich
<b>Gesamtbeitrag laut Zahlungsweise</b>
brutto Euro      Zahlungsweise netto*      * kann nicht garantiert werden, siehe Erläuterung in den Schlusserklärungen auf Seite 6.
219,41      153,59

<b>SEPA-Lastschriftmandat</b>
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000029008 / Mandatsreferenz – wird separat mitgeteilt –</b>
Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Dialog Lebensversicherungs-AG, Beiträge (einen einmaligen Beitrag – bei Einmalbeitragsversicherungen) von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Dialog Lebensversicherungs-AG einzulösen.
Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass ich/wir die Vorab-Ankündigung des SEPA-Lastschrifteinzugs in der Regel 14 Kalendertage, in Einzelfällen bis spätestens einen Tag, vor Fälligkeit erhalten.
<b>Hinweis:</b> Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:	BIC:	Name und Ort des Kreditinstituts
		Deutsche Bank PGK DirektBk
<b>Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller (Name, Straße, Hausnummer, Land, PLZ, Ort)</b>		
<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift/en Kontoinhaber</b>	<b>Wichtig!</b> Erforderliche Unterschrift(en)
	X	

<b>Angaben zum Geldwäschegesetz – nur auszufüllen, wenn Jahres-Nettobeitrag 1.000 Euro übersteigt oder bei Dynamik:</b>	
<b>Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten</b>	
<input type="checkbox"/> Ja, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und alle damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.	
<input type="checkbox"/> Nein, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung bzw. auf Veranlassung eines Dritten.	
Name, alle Vornamen, des veranlassenden Dritten:	Meldeanschrift:
Beziehung zu dieser Person:	Bitte erläutern Sie die Hintergründe, weshalb die Geschäftsbeziehung / Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt:
<b>Identifizierung des Vertragspartners durch amtlich gültigen Ausweis</b> (entfällt, wenn Antragsteller am Lastschriftinzugsverfahren teilnimmt)	<b>Falls Vertragspartner eine Firma ist, bitte Ermittlungsbogen nach dem GWG (A083) einreichen!</b>
<input type="checkbox"/> Personalausweis- / <input type="checkbox"/> Reisepass-Nr.	gültig bis
	ausstellende Behörde
Geburtsort des Vertragspartners	Geburtsland des Vertragspartners
	Staatsangehörigkeit



### Bezugsrecht für Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente

Bezugsberechtigter für eine Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente / eine Leistung aus der Option Dread Disease ist der Versicherungsnehmer.

Falls Sie ein anderes Erlebensfallbezugsrecht wünschen, bitte nachstehend eintragen (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift):

### Fragen an die zu versichernde Person:

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie die jeweiligen Beschwerden mit Ihren eigenen Worten. Zur leichteren Beantwortung der Fragen nennen wir häufige Beispiele uns wichtiger Angaben. Diese Beispiele sind nicht abschließend. Ihre Reihenfolge beinhaltet keine Wertung. Zu durchgeführten Gentests beachten Sie bitte den Hinweis auf Seite 6 „Gentests“. Bitte nutzen Sie zu häufigen Erkrankungen unsere Zusatzerklärungen in der Angebots-Software oder unter [www.dialog-leben.de](http://www.dialog-leben.de).

**Sie sind verpflichtet, sämtliche im Antrag gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer je nach Verschulden berechtigen, den Vertrag anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder – auch rückwirkend – anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen. Bitte beachten Sie dazu auch die gesonderte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 5 des Antrags.**

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar an die Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen.

1. Planen Sie innerhalb der nächsten <b>12 Monate</b> Aufenthalte von mehr als 3 Monaten am Stück außerhalb Europas, den USA oder Kanadas?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Wenn ja: wohin, wann und wie lange?	<input type="text"/>
2. Üben Sie in Beruf oder Freizeit Aktivitäten mit einer erhöhten Unfallgefahr oder einem erhöhten Verletzungsrisiko aus (z.B. Bergsport, Chemiesport, Militär, Sondereinheiten, Sprengstoff, Strahlen, Fallschirmspringen, Flugsport, Gleitschirm-, Drachenfliegen, Kampfsport, Klettern, Rennsport, Tauchen, Extremsport, Expeditionen)?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Wenn ja, nähere Angaben:	<input type="text"/>
3. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist über Ihre Gesundheit am besten informiert? (Bitte Name und Anschrift angeben)	<input type="text"/>
4. Körpergröße und Gewicht:	<input type="text" value="123"/> cm <input type="text" value="123"/> kg
5. Wurde bei Ihnen <b>jemals</b> eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
6. Wurden Sie in den letzten <b>10 Jahren</b> in einem Krankenhaus, in Rehabilitations- oder Kureinrichtungen stationär untersucht, behandelt oder operiert (ambulant oder stationär) oder ist dies für die nächsten 12 Monate beabsichtigt oder von einem Arzt oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten empfohlen worden?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7. Sind oder waren Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> wegen <b>Krankheiten oder Beschwerden</b> bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung	
7a durch akute oder chronische <b>Infektionen</b> , z.B. Borreliose, Hepatitis, Malaria, rheumatische Beschwerden, Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7b des <b>Herzens, Kreislaufs oder der Gefäße</b> , z.B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörung, Herzfehler, Herzinfarkt, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Venenentzündung?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7c der <b>Atmungsorgane</b> , z.B. Asthma, chronische oder mehr als 3mal jährlich Bronchitis, Schlafapnoe?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7d an <b>Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber</b> , z.B. ärztlich festgestellte erhöhte Leberwerte, Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, Magengeschwür?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7e an <b>Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust</b> , z.B. Blut- oder Eiweißausscheidung, Nierenentzündung, Steinleiden?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7f des <b>Stoffwechsels oder Hormonhaushalts</b> , z.B. Eiweiß, Zucker oder Blut im Urin, ärztlich festgestellte erhöhte Blutfettwerte, Funktionsstörung der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7g des <b>Blutes oder Tumorerkrankungen</b> , z.B. Anämie, Gerinnungsstörung, Krebs, Leukämie, Zyste?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7h der <b>Psyche</b> , z.B. Angststörung, Burnout-Syndrom, Depression, Essstörung, Neurose, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Selbsttötungsversuch, Überlastungszustand?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7i des <b>Gehirns, Nervensystems oder neurologischer Art</b> , z.B. Epilepsie, Krämpfe, mehrmals wöchentlich Kopfschmerzen, Lähmung, Multiple Sklerose?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7j der <b>Wirbelsäule</b> , z.B. Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Hexenschuss, Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7k der <b>Knochen, Gelenke</b> , z.B. Arthrose, Bänderverletzung, Gelenkentzündung, Hüftfehlstellung, Meniskusverletzung?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7l der <b>Haut, Allergien</b> , z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-) Ekzem, Schuppenflechte?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7m der <b>Ohren</b> , z.B. Gleichgewichtsstörung, Hörsturz, Tinnitus, vermindertes Hörvermögen?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
7n der <b>Augen</b> , z.B. grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, Komplikationen nach LASIK-OP oder haben Sie eine Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien? Bei Fehlsichtigkeit ab 6 Dioptrien bitte Wert angeben:	<input type="text" value=""/> li <input type="text" value=""/> re <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
8. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> regelmäßig Medikamente, d.h. mehr als einen Monat lang täglich oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Präparat, auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel; oder wurden Ihnen welche verordnet? (Empfangnisverhütungsmittel sind davon ausgenommen) Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="text"/>
9. Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> Betäubungsmittel, Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
10. Sind Sie <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig/freiberuflich <input type="checkbox"/> Beamter/-in <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Azubi	
Fachrichtung, Branche:	<input type="text"/>
11. Ab einer jährlichen BU/EU-Rente (einschließlich bestehender Anwartschaften) von 18.000,- EUR oder mehr: Gesamt-Brutto-Arbeitseinkommen der zu versichernden Person in den letzten 12 Monaten?	<input type="text" value="0,00"/>
Bei einer Rente von 30.000,- EUR oder mehr (einschl. bestehender Anwartschaften) siehe Erläuterungen in den Schlusserklärungen auf S. 6	
12. Wie hoch ist Ihr Anteil an Büroarbeiten (Innendienst)? (Nicht erforderlich bei SEU)	<input type="text" value="100"/> %
13. Wie hoch ist Ihr Anteil an körperlichen Tätigkeiten/Außendiensttätigkeiten/Dienstreisen? (Nicht erforderlich bei SEU)	<input type="text" value="0"/> %
14. Für wie viele Vollzeitmitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? (Nicht erforderlich bei SEU) Anzahl:	<input type="text" value="2"/>
15. Bestehen Berufs- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen, Ansprüche auf Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente von sonstigen Rententrägern (z.B. berufsständische Versorgungseinrichtungen) oder wurden in <b>den letzten 5 Jahren</b> Berufs- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen beantragt? Wenn ja, wo? Höhe der Jahresrente?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="text"/>
16. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB), beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente (z. B. Unfallrente) oder ist eine solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

### Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Ziffern 5 bis 9 sowie 15 oder 16 bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben:

Zu Frage Nr.	Weswegen? Bitte geben Sie an: Art, Verlauf, Folgen, z.B. der Krankheit, Verletzung, Ergebnis der Untersuchung? Erhöhte Laborwerte?	Wann? Wie oft? Wie lange? Dauer von bis?	Ergebnis, Folgen? Gutartig / bösartig? Ist Heilung erfolgt? Wenn ja, seit wann?	Namen der behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ergänzende Angaben liegen bei: Anzahl Extrablätter

Es folgen noch Angaben



## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der folgende Text einer Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungsklausel wurde 2011 zwischen dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Dialog Lebensversicherungs-AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. medizinische Gutachter oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages mit der Dialog unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Dialog Lebensversicherungs-AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Dialog (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Dialog Lebensversicherungs-AG

Ich willige ein, dass die Dialog die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass die Dialog Lebensversicherungs-AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Dialog übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Dialog an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Dialog tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

#### Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die Dialog in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Dialog einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Dialog einwillige
  - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Dialog konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Dialog konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Dialog Lebensversicherungs-AG

Die Dialog verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Dialog benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Dialog meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Dialog zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Dialog tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Dialog führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Generali Deutschland-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Dialog Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Dialog führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Dialog erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt (vgl. Merkblatt Hinweise zum Schutz Ihrer Daten). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.dialog-leben.de](http://www.dialog-leben.de) eingesehen oder beim Datenschutzbeauftragten der Dialog Lebensversicherungs-AG, Halderstraße 29, 86150 Augsburg, ++49/ (0)821 319-0, [Datenschutzbeauftragter@dialog-leben.de](mailto:Datenschutzbeauftragter@dialog-leben.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Dialog Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Dialog meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Dialog dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Generali Deutschland Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.



### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Dialog Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Dialog Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Dialog aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Dialog das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Dialog unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Dialog tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und die weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4. Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die Dialog gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Dialog meine Gesundheitsdaten und die sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Dialog Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Dialog speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Dialog bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Dialog meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

### Erfüllung der Informationspflicht

Ich bestätige, dass ich das Produktinformationsblatt, mein persönliches Angebot, die Kundeninformationen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Mitteilung über die Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht sowie eine Zweitschrift des Antrags einschließlich der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten mit Schweigepflichtbindung und die Schlusserklärungen erhalten habe.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer 	<b>Wichtig!</b> Erforderliche Bestätigung seit 01.01.2008
------------	---	--

### Widerrufsbelehrung

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Dialog Lebensversicherungs-AG, Halderstraße 29, 86150 Augsburg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an die Faxnummer 0821 / 319 – 1533 zu richten. Bei einem Widerruf per E-Mail an [Info@dialog-leben.de](mailto:Info@dialog-leben.de).

#### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat, um 1/360 des auf ein Jahr entfallenden Beitrags (1/30 bei monatlichem Beitrag, 1/90 bei vierteljährlichem Beitrag, 1/180 bei halbjährlichem Beitrag).

Darüber hinaus zahlen wir Ihnen soweit vorhanden den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

#### Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

**Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Seite 6 die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person. Diese Erklärungen enthalten Hinweise zur Gewährung des vorläufigen Versicherungsschutzes; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrags und bestätigen sämtliche im Antragsformular gemachten Angaben und Einwilligungen.**

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ggf. Firmenstempel und bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter 	Stempel und Unterschrift des Vermittlers
Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person, falls nicht Antragsteller 	



# Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

## Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

## Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

# Schlussfolgerungen

## **Einverständniserklärung mit dem Abschluss einer Lebensversicherung**

Mit der Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis nach § 150 Abs. 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) mit dem Abschluss einer Versicherung auf mein Leben.

## **Verantwortlichkeit für den Antrag**

Der Vermittler darf über die Bedeutung von Antragsfragen oder Erkrankungen keine verbindliche Erklärung abgeben.

## **Gentests**

Gemäß Gendiagnostikgesetz GenDG § 18 machen wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung einer genetischen Untersuchung abhängig. Auch bereits vorliegende Befunde aus Gentests werden von uns nicht berücksichtigt und müssen nicht offen gelegt werden.

## **Hinweis auf Werbewiderspruchsrecht**

Derzeit planen wir nicht, Ihre Daten zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- oder Meinungsforschung zu nutzen. Dennoch sind wir nach dem Bundesdatenschutzgesetz verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen, dass Sie der Verwendung Ihrer Daten zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung jederzeit ganz oder zum Teil unter der auf Seite 7 genannten Adresse widersprechen können.

## **Vorläufiger Versicherungsschutz**

Wir gewähren vorläufigen Versicherungsschutz nach den beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABVssBu/ ABVssEu).

## **Antragsteller/uberschussanteile**

Ich beantrage die Ermäßigung des Beitrages um den Sofortüberschuss.

## **Rechtsnachfolge**

Beim Tod des Versicherungsnehmers, der nicht gleichzeitig auch versicherte Person ist, soll die versicherte Person Versicherungsnehmer werden, sofern bis dahin nichts anderes bestimmt ist.

## **Netto-Beitrag**

Der Netto-Beitrag zum Zeitpunkt der Antragstellung ist der um den Sofortüberschuss verminderte Brutto-Beitrag (Tarifbeitrag). Er kann sich ändern, bleibt aber so lange in dieser Höhe, bis innerhalb der jährlichen uberschusserklarung ein neuer Satz festgelegt wird.

## **Hinweis für den Abschluss von Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrenten**

Die Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung kann nur zur Absicherung des Arbeitseinkommens der versicherten Person abgeschlossen werden. Die Absicherung von Darlehensverpflichtungen oder der Ausfall wichtiger Mitarbeiter kann durch den Arbeitgeber nicht versichert werden.

## **Die Höhe der BU/EU-Rente ist auf 60 % des Bruttoeinkommens unter**

## **Anrechnung sonstiger Renten-/Pensionsansprüche begrenzt.**

Nebeneinkünfte (z. B. Honorare von Hochschulprofessoren, Tantiemen für Veröffentlichungen u. dgl.) können nicht berücksichtigt werden.

Zusätzlich werden – zumindest bei Jahresrenten ab 30.000 EUR – noch folgende Nachweise benötigt:

Angestellte: Kopien der Gehaltsabrechnungen vom Dezember der letzten 3 Jahre mit Jahresbescheinigung.

Selbständige: Kopien der letzten 3 Steuerbescheide Einnahmen/Ausgabenubersichten vom Steuerberater oder dgl.

Bei Absicherung von Versorgungszusagen eine Kopie der Zusage und der letzten Gehaltsabrechnung.

**Sofern für den Antrag besondere Vereinbarungen gelten sollen, so müssen diese der Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich angezeigt werden. Sie sind nur mit ausdrücklicher Zustimmung durch uns gültig.**

# Kundeninformationen

- Ihr Vertragspartner ist die  
Dialog Lebensversicherungs-AG  
Halderstr. 29, 86150 Augsburg  
Postfach 10 15 43, 86005 Augsburg  
Tel: +49 0821 319-0, Fax: +49 0821 319-1533, E-Mail: info@dialog-leben.de  
Sitz der Gesellschaft: Augsburg, Amtsgericht Augsburg HRB 6589  
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Torsten Utecht  
Vorstand: Rüdiger R. Burchardi, Dr. Christoph Ebert, Edgar Hütten
- Die von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) genehmigten Hauptgeschäftsfelder der Dialog Lebensversicherungs-AG sind inkl. aller Zusatzversicherungen die Sparten Lebensversicherung und Fondsgebundene Rentenversicherung (Anlage A Nr. 19 und 21 Versicherungsaufsichtsgesetz).
- Garantiefonds für die Lebensversicherung ist die Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin.
- Sie zahlen während der Beitragszahlungsdauer für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Die Beiträge werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- Der Versicherungsvertrag kommt durch Ihren Antrag und Zugang des Versicherungsscheins (oder mit Zugang unserer Annahmeerklärung) zustande. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Als Antragsteller sind Sie 6 Wochen an den Antrag gebunden. Ihr Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt.
- Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung sowie die Laufzeit Ihres Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrem persönlichen Angebot bzw. dem Antrag. Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise kündigen.
- Vor und nach Vertragsschluss findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- Sämtliche Kommunikation und Korrespondenz findet in deutscher Sprache statt.
- Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Deutschland  
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de,  
Telefon: 0800-3696000 (aus dem Ausland: +49 30 20605899).  
Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme des Rechtsweges bleibt durch den außergerichtlichen Rechtsbehelf unberührt.
- Bei Beschwerden können Sie sich außer an uns auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:  
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, Deutschland  
E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de
- Der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

# SBU/SEU-Tarife

## SBU-Versicherungstarife

### 1. Tarifbeschreibung unserer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung „SBU-professional“:

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig, so wird eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt. Darüber hinaus besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Die Beitragszahlungsdauer endet nach Vereinbarung mit der Versicherungsdauer oder vorher. Die Versicherungsdauer der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung muss mindestens 10 Jahre betragen.

### 2. Tarifbeschreibung unserer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung „SBU-solution“:

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig, so wird eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt. Darüber hinaus besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Es handelt sich bei diesem Tarif um eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit technisch einjähriger Dauer gegen laufende Beitragszahlung. Die Beitragszahlungsdauer endet mit der Versicherungsdauer. Die Versicherungsdauer der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung muss mindestens 10 Jahre betragen. Sie können die „SBU-solution“ jederzeit zur Hauptfälligkeit während der Laufzeit in eine „SBU-professional“ zum bisher versicherten Beruf mit maximal gleicher Restlaufzeit und maximal gleich hoher BU-Rente umwandeln. Sofern Sie bei der Umwandlung keine zusätzlichen Optionen wählen, verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

Für diese Tarife gelten die Allgemeinen Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu), mit den ggf. zusätzlich maßgebenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik).

## SEU-Versicherungstarif

### Tarifbeschreibung unserer selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung „SEU-protect“:

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer voraussichtlich mindestens 2 Jahre außer Stande sein, einer Erwerbstätigkeit von mehr als 3 Stunden täglich nachzugehen oder ist sie 6 Monate ununterbrochen außer Stande gewesen, einer Erwerbstätigkeit von mehr als 3 Stunden täglich nachzugehen, so wird eine monatliche Erwerbsunfähigkeitsrente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt. Darüber hinaus besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Die Beitragszahlungsdauer endet nach Vereinbarung mit der Versicherungsdauer oder vorher. Die Versicherungsdauer der selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung muss mindestens 10 Jahre betragen.

Für diesen Tarif gelten die Allgemeinen Bedingungen für die selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABsEu) und die ggf. zusätzlich maßgebenden Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik).

# Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung (ABvVssBu) und der selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABvVssEu)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftiger Versicherungsnehmer und gewähren Ihnen aufgrund des gestellten Antrags und der nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung und der selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung vorläufigen Versicherungsschutz:

## § 1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die beantragten bzw. vorgesehenen Leistungen im Falle des Eintritts einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes, ist aber auf höchstens 18.000 Euro Jahresrente begrenzt. Die Beitragsbefreiung wird ebenfalls höchstens für eine Jahresrente in Höhe von 18.000 Euro übernommen. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt bzw. vorgesehen oder mehrere Anträge bzw. Versicherungsanfragen derselben Person bei uns gestellt worden sind.
- (2) Wenn während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit eintritt, so gilt:
  - a) eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente und eine Beitragsbefreiung gewähren wir nur, wenn die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.
  - b) aus den ggf. beantragten bzw. vorgesehenen Optionen gem. § 1 der Bedingungen für die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung entsteht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes kein Anspruch. In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit spätestens mit Ablauf der für die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung beantragten bzw. vorgesehenen Leistungsdauer oder wenn die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit wieder gegeben ist.

## § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für einen vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- a) der Einlösebeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns ein SEPA-Lastschriftmandat zum Beitragseinzug erteilt worden ist,
- b) das Zustandekommen der beantragten Versicherung bzw. Ihrer Versicherungsanfrage nicht von besonderen Vereinbarungen seitens des Versicherungsnehmers abhängig gemacht wird.
- c) der Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage sich im Rahmen der angebotenen Tarife und Bedingungen bewegt,
- d) der beantragte bzw. der in der Versicherungsanfrage vorgesehene Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags bzw. der Versicherungsanfrage liegt.

## § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage bei uns eingeht.
- (2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet,
  - a) falls Sie einen Antrag gestellt haben, wenn
    - der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat,
    - wir Ihren Antrag abgelehnt haben,
    - Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben,
    - Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben,
    - Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs.1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben,
    - die Zahlung des Einlösungsbeitrages nicht erfolgte, der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder der Lastschrift widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
  - b) falls Sie eine Versicherungsanfrage gestellt haben, wenn
    - der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung begonnen hat,
    - wir Ihre Versicherungsanfrage abgelehnt haben,
    - Sie Ihre Vertragserklärung angefochten oder zurückgenommen haben,
    - Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben,
    - Sie uns mitteilen, dass Sie am Abschluss der Hauptversicherung kein Interesse mehr haben,
    - die Zahlung des Einlösungsbeitrages nicht erfolgte, der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder der Lastschrift widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
- (3) Jede Partei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

## § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag bzw. in der Versicherungsanfrage gefragt ist und von denen die versicherte Person vor einer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag bzw. in der Versicherungsanfrage angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

## § 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrages. Bei Einmalbeitragsversicherung ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsummen gemäß § 1 Abs. 1. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

## § 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten bzw. vorgesehenen Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen, die Tarifbedingungen und Besonderen Bedingungen für die beantragte bzw. vorgesehene Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
- (2) Haben Sie im Antrag bzw. in Ihrer Versicherungsanfrage ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

## Produktinformationsblatt

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Versicherung geben. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

### 1. Welche Versicherung bieten wir Ihnen an?

Bei dem angebotenen Vertrag handelt es sich um eine Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung.

### 2. Welches Risiko ist versichert?

#### Versicherte Person

Herr Mustermann Max, \* 26.03.1980

#### Leistung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit

Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig wird, brauchen Sie für die Dauer der Berufsunfähigkeit keine Beiträge zu zahlen. Ihr Versicherungsschutz bleibt dabei in vollem Umfang bestehen. Außerdem zahlen wir eine jährliche Berufsunfähigkeitsrente in Höhe von 15.600 € für die Dauer der Berufsunfähigkeit längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer. Vgl. §§ 1, 2 ABsBu.

In den hier dargestellten Beträgen ist eine optionale Annahme von Dynamikerhöhungen nicht berücksichtigt (siehe Angebot).

### 3. Was gilt für die Beitragszahlung?

Der monatliche Bruttobeitrag für die vereinbarte Beitragszahlungsdauer von 33 Jahren beträgt 219,41 €. Der Beitrag kann sich aufgrund einer differenzierten Risikoeinschätzung noch ändern. Durch den Sofortüberschuss reduziert sich der zu zahlende Beitrag auf 153,59 €. Der Überschusssatz kann für die Zukunft nicht garantiert werden, bleibt aber, bis ein neuer Überschusssatz festgelegt wird, unverändert. Die Zahlung ist jeweils zu Beginn der Versicherungsperiode fällig, erstmals zum 01.06.2014. Die Versicherungsperiode ist entsprechend der von Ihnen ausgewählten Zahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr. Ist die Versicherungsperiode kürzer als ein Jahr, erheben wir für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen höhere Verwaltungskosten. Eine nicht rechtzeitige Beitragszahlung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Vgl. §§ 4, 6 ABsBu. Bei Lastschrifteinzug ist auf eine hinreichende Deckung des Kontos zu achten.

Die Vermittlung und der Abschluss eines Vertrages verursachen Kosten. Die nur einmalig anfallenden einkalkulierten Abschlusskosten in Höhe von 3.287,36 € verteilen sich gleichmäßig auf die ersten 5 Versicherungsjahre. Bezogen auf die Summe aller vereinbarten Beiträge sind dies 3,78 %.

Aus den sonstigen in den Beitrag eingerechneten Kosten werden unter anderem Aufwendungen für die laufende Betreuung, die Vertragsverwaltung und die Bereitstellung von Serviceleistungen bestritten. Diese Kosten fallen in jedem Jahr der Beitragszahlungsdauer an. Im Beitrag für ein Versicherungsjahr von 2.632,92 € sind sonstige Kosten in Höhe von 457,12 € (nach Sofortüberschuss 319,99 €) eingerechnet.

Falls wir Sie wegen Beitragsrückständen mahnen müssen, können weitere Kosten in Höhe von maximal 3 € je Mahnung auf Sie zukommen.

### 4. Was ist von der Leistung ausgeschlossen?

Es gibt Fälle, in denen der Berufsunfähigkeitsschutz ausgeschlossen ist. Wir leisten z.B. nicht, wenn die Berufsunfähigkeit durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person verursacht ist. Auch bei kriegerischen Ereignissen oder bei absichtlicher Herbeiführung der Berufsunfähigkeit besteht kein Versicherungsschutz. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Vgl. § 3 ABsBu.

### 5. Was müssen Sie bei Vertragsschluss beachten?

Vors. des Aufsichtsrates: Dr. Torsten Utecht, Vorstand: Rüdiger R. Buchardi, Dr. Christoph Ebert, Edgar Hütten

Registergericht: Amtsgericht Augsburg, HRB 6589, Sitz: Augsburg

Kreissparkasse Augsburg: BLZ 720 501 01, Konto-Nr 30031546

Raiffeisenverband Salzburg: BLZ 35000, Konto-Nr 16010779

[IBAN: DE18 7205 0101 0030 0315 46, BIC: BYLADEM1AUG]

[IBAN: AT25 3500 0000 1601 0779, BIC: RVSAAT2S]

Ein Unternehmen der



Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen die im Antragsformular enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Wenn falsche oder unvollständige Angaben gemacht werden, können wir unter Umständen - auch noch nach längerer Zeit - vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen. Das kann sogar zur Folge haben, dass wir keine Versicherungsleistungen erbringen müssen. Vgl. § 8 ABsBu.

**6. Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit beachten?**

Sollte sich Ihre Postanschrift, Ihre Bankverbindung oder Ihr Name ändern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit. Fehlende Informationen können den reibungslosen Vertragsablauf beeinträchtigen. Vgl. § 16 ABsBu.

**7. Was gilt bei Eintritt des Versicherungsfalles?**

Im Falle einer Berufsunfähigkeit benötigen wir insbesondere Arztberichte und Informationen über den zuletzt ausgeübten Beruf der versicherten Person. Außerdem muss sich die versicherte Person ggf. von weiteren Ärzten untersuchen lassen. Verletzen Sie oder die versicherte Person diese Mitwirkungspflichten vorsätzlich oder grob fahrlässig, kann es passieren, dass Sie für eine Zeit, in der möglicherweise Berufsunfähigkeit bestanden hat, keine oder nur verminderte Leistungen erhalten. Während der Dauer einer Berufsunfähigkeit müssen Sie uns eine Minderung des Grades der Berufsunfähigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit anzeigen. Wird diese Mitwirkungspflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, können wir unter Umständen allein schon deswegen unsere Leistungen kürzen bzw. einstellen oder gar bereits erbrachte Leistungen zurückfordern. Vgl. §§ 9, 12, 13 ABsBu.

**8. Wie lange haben Sie Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrages, frühestens jedoch am 01.06.2014 um 12 Uhr und endet am 01.06.2047 um 12 Uhr. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung. Vgl. § 4 ABsBu.

**9. Welche Möglichkeiten der Vertragsbeendigung bestehen?**

Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise kündigen. Die Kündigung ist mit Nachteilen für Sie verbunden. Vgl. § 7 ABsBu.

**Angebot für**

Herrn Mustermann Max, \* 26.03.1980

**Unser Angebot steht unter dem Vorbehalt des Ergebnisses einer eventuell erforderlichen Risikoprüfung.**

SBU-professional: Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit gleichbleibender Rente gegen laufende Beitragszahlung

Versicherungsbeginn 01.06.2014

Tarif	SBU-professional (09/2013-D)	
Versicherungsdauer	(Jahre)	33
Beitragszahlungsdauer	(Jahre)	33
Dynamik eingeschlossen	(%)	2
Leistungsdauer	(Jahre)	33
Anteil der Bürotätigkeiten (Innendienst)	(%)	100
Anteil der körperliche Tätigkeiten / Außendiensttätigkeiten / Dienstreisen	(%)	0
Berufsgruppe		3
Berufsschlüssel		51311/002
Abfüller/in		
Jahresrente	(EUR)	15.600
Zahlungsweise		monatlich

**Beiträge**

Brutto SBU (für Antragsformular)	(EUR)	219,41
Netto SBU (für Antragsformular)*)	(EUR)	153,59

Eine eventuell fällig werdende Versicherungssteuer ist in dem Beitrag nicht enthalten.

Vorbehaltlich der eigentlichen Risikoprüfung benötigen wir den Ermittlungsbogen zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz.

**\*) Die Überschussanteile werden in Form eines Sofortüberschusses gewährt und reduzieren den Bruttobeitrag auf den zu zahlenden Nettobeitrag. Dieser kann für die Zukunft nicht garantiert werden, bleibt aber, bis ein neuer Überschussatz festgelegt wird, unverändert.**

**Wertentwicklung für**

Herrn Mustermann Max, \* 26.03.1980

Berechnung einer möglichen Wertentwicklung der Versicherung nach den für das Jahr 2014 erklärten Überschussanteilsätzen.

**Unser Angebot steht unter dem Vorbehalt des Ergebnisses einer eventuell erforderlichen Risikoprüfung.**

SBU-professional: Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit gleichbleibender Rente gegen laufende Beitragszahlung

Versicherungsbeginn

01.06.2014

Vers.- Jahr	monatlicher Beitrag Netto (EUR) °)	Brutto (EUR)	jährliche Rente (EUR)	VS beitragsfrei (EUR) *)+)	Auszahlung bei Kündigung (EUR) *)+)	Stornoabzug (EUR) *)+)
1	153,59	219,41	15.600	---	603	325
2	156,66	223,80	15.904	---	1.198	645
3	159,80	228,28	16.204	---	1.782	959
4	162,99	232,85	16.499	1.063	---	542
5	166,26	237,51	16.791	1.309	---	670
6	169,58	242,26	17.077	1.757	---	901
7	172,98	247,11	17.360	2.205	---	1.133
8	176,43	252,05	17.637	2.652	---	1.363
9	179,96	257,09	17.910	3.099	---	1.592
10	183,56	262,23	18.178	3.548	---	1.819
11	187,23	267,47	18.440	4.000	---	2.045
12	190,97	272,82	18.699	4.457	---	2.270
13	194,80	278,28	18.951	4.919	---	2.492
14	198,69	283,85	19.199	5.382	---	2.708
15	202,67	289,53	19.441	5.842	---	2.912
16	206,72	295,32	19.677	6.291	---	3.098
17	210,86	301,23	19.907	6.724	---	3.258
18	215,07	307,25	20.132	7.134	---	3.386
19	219,38	313,40	20.353	7.516	---	3.472
20	223,77	319,67	20.569	7.867	---	3.515
21	228,24	326,06	20.781	8.185	---	3.509
22	232,81	332,58	20.991	8.469	---	3.453
23	237,46	339,23	21.198	8.737	---	3.357
24	242,21	346,01	21.403	8.982	---	3.218
25	247,05	352,93	21.607	9.208	---	3.035
26	251,99	359,99	21.810	9.446	---	2.826
27	257,03	367,19	22.012	9.758	---	2.616
28	262,17	374,53	22.211	9.698	---	2.201
29	267,41	382,02	22.416	9.079	---	1.608
30	267,41	382,02	22.416	7.457	---	906
31	267,41	382,02	22.416	3.702	---	247
32	267,41	382,02	22.416	---	---	---
33	267,41	382,02	22.416	---	---	---

**\*) Die Werte beziehen sich auf das Ende des jeweiligen Versicherungsjahres**

Vors. des Aufsichtsrates: Dr. Torsten Utecht, Vorstand: Rüdiger R. Buchardi, Dr. Christoph Ebert, Edgar Hütten

Registergericht: Amtsgericht Augsburg, HRB 6589, Sitz: Augsburg

Kreissparkasse Augsburg: BLZ 720 501 01, Konto-Nr 30031546

Raiffeisenverband Salzburg: BLZ 35000, Konto-Nr 16010779

[IBAN: DE18 7205 0101 0030 0315 46, BIC: BYLADEM1AUG]

[IBAN: AT25 3500 0000 1601 0779, BIC: RVSAAT2S]

Ein Unternehmen der



**°) Erläuterungen zur Überschussbeteiligung:**

Der Nettobeitrag ist der um den Sofortüberschuss reduzierte Bruttobeitrag. Der diesem Angebot zugrunde liegende Sofortüberschuss beträgt 30% (bzw. 40% bei Wahl der Option "Verzicht auf die Anwendung des §163 VVG") des Bruttobeitrags. Die Überschussanteilsätze und damit die dargestellten Nettobeiträge können für die Zukunft nicht garantiert werden, bleiben aber bis zu einer neuen Festsetzung unverändert. Nähere Informationen zur Überschussbeteiligung finden Sie in § 20 unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen ABsBu.

Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven ist nicht dargestellt. Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind allerdings so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsfällen benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven ist bei Berufsunfähigkeitsversicherungen daher in der Regel nicht vorgesehen. Nähere Informationen zur Überschussbeteiligung finden Sie in § 20 unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen ABsBu.

**+ ) Erläuterungen zur beitragsfreien Versicherungssumme, zum Rückkaufswert und zum Stornoabzug:**

Wird die Versicherung vorzeitig von Ihnen gekündigt, so wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Berufsunfähigkeitsrente um, sofern sie nicht unter eine Mindestsumme von 900 EUR Jahresrente sinkt. Diese beitragsfreien Versicherungssummen sind in der obigen Beispielrechnung in der Spalte "VS beitragsfrei" dargestellt, sofern sie die Mindestsumme übersteigen. Sie gelten für eine Beitragsfreistellung zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres und bleiben für die Restlaufzeit konstant. Wird die Mindestsumme nicht erreicht, erfolgt die Auszahlung des in der Spalte "Auszahlung bei Kündigung" dargestellten Betrages. Diesem Betrag liegt der gemäß § 169 VVG ermittelte Rückkaufswert zugrunde. Er entspricht dem mit den Rechnungsgrundlagen für den Bruttobeitrag berechneten Deckungskapital. Im Falle einer Auszahlung wird ein Abzug in Höhe von 35% (bzw. 45% wenn die Option "Verzicht auf die Anwendung des §163 VVG" eingeschlossen wurde) erhoben. Im Falle einer Beitragsfreistellung wird ein Abzug in Höhe von 15% (bzw. 20% bei Wahl der Option "Verzicht auf die Anwendung des §163 VVG") erhoben. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. In den ausgewiesenen Werten der Beispielrechnung ist dieser Abzug bereits berücksichtigt. Erfolgt eine Auszahlung bei Kündigung aus einem anderen Grund oberhalb der Mindestsumme, werden Rückkaufswert und Abzug in gleicher Weise ermittelt und erhoben. Nähere Informationen zur Kündigung und Beitragsfreistellung finden Sie in § 7 unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen ABsBu.

Dialog Lebensversicherungs-AG, Halderstr. 29, 86150 Augsburg, 02.05.2014

# Dialog Lebensversicherungs-AG

## Berufsunfähigkeitsversicherung, Tarif: SBU-professional 201309SBU

Zusatzblatt zum Antrag vom 02.05.2014

### Kunde:

Herr Max Mustermann  
Dorfstr. 3  
18565 Insel Hiddensee

### Vermittler:

Herr Dirk Pappelbaum  
Münzer Höhle / \_o\_ [β?] (o)  
04178 ### </ÄÜÖ>  
Telefon: 0341 5203020  
Telefax: 0341 5203010  
E-Mail: redaktion@inveda.net

## Versicherungsschutz für folgende Risiken

Berufsunfähigkeit

### Daten zu Max Mustermann

Name:	Herr Max Mustermann	Arbeit im Schichtsystem:	Nein
Adresse:	Dorfstr. 3 , 18565 Insel Hiddensee	Leitende Tätigkeit:	Nein
Staatsangehörigkeit:	Deutschland	Aufsichtsführende Tätigkeit:	Nein
Jährliches Einkommen (netto):	17.500,00 €	Höchster erreichter Abschluss:	Hauptschule
Beruf:	Abfüller	Geburtsdatum:	26.03.1980
Berufseintritt:	01.01.2000	E-Mail:	ab@a.de
Arbeitsort:	Alte Bundesländer	Größe:	123 cm
Anteil der körperlichen Tätigkeit im Beruf:	0 Prozent	Gewicht:	123 kg
Anteil der Büro­tätigkeit an einem festen Arbeitsplatz im Beruf:	100 Prozent	Raucher:	Nein
Anteil der künstlerischen / kreativen Tätigkeit im Beruf :	0 Prozent	Berufsstand:	Angestellter
Anteil der Reisetätigkeit / Außendienst im Beruf:	0 Prozent	Familienstand:	Verheiratet
Arbeit im Akkord:	Nein		

## Folgende Leistungen wurden gewählt

### Berufsunfähigkeit:

Rente monatlich (1.300 €)  
Rente bis zum Alter (67 Jahre)  
Karenzzeit (0 Monate)

## Grunddaten

Art des Antrags:	Neuantrag	<b>Bruttobeitrag lt.</b>	<b>219,41 €</b>
Beginn:	01.06.2014	<b>Zahlungsweise:</b>	
Zahlungsweise:	monatlich		
Zahlungsart:	Einzugsermächtigung		
Beitragszahldauer:	wie Versicherungsdauer		

## Allgemeine Angaben

### Angaben zur Tätigkeit/zum Einkommen der zu versichernden Person(en)

Durchschnittliches monatl. Nettoeinkommen der letzten 3 Jahre 2.300 €  
aus beruflicher Tätigkeit  
Gesamteinkünfte der letzten 3 Jahre aus beruflicher Tätigkeit 80.000 €  
(Brutto+Betriebsausgaben)

### Dynamik

**1-6 Fragen an die zu versichernde Person:**

1. Planen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate Aufenthalte von mehr als 3 Monaten am Stück außerhalb Europas, den USA oder Kanadas?  ja  **nein**
2. Üben Sie in Beruf oder Freizeit Aktivitäten mit einer erhöhten Unfallgefahr oder einem erhöhten Verletzungsrisiko aus (z.B. Bergsport, Chemikalien, Militär, Sondereinheiten, Sprengstoff, Strahlen, Fallschirmspringen, Flugsport, Gleitschirm-, Drachenfliegen, Kampfsport, Klettern, Rennsport, Tauchen, Extremsport, Expeditionen)?  ja  **nein**
3. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist über Ihre Gesundheit am besten informiert? (Bitte Name und Anschrift angeben) Dr. Pille
5. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?  ja  **nein**
6. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, in Rehabilitations- oder Kureinrichtungen stationär untersucht, behandelt oder operiert (ambulant oder stationär) oder ist dies für die nächsten 12 Monate beabsichtigt oder von einem Arzt oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten empfohlen worden?  ja  **nein**

**7 Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen Krankheiten oder Beschwerden bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung**

- 7a durch akute oder chronische Infektionen, z.B. Borreliose, Hepatitis, Malaria, rheumatische Beschwerden, Tuberkulose?  ja  **nein**
- 7b des Herzens, Kreislaufs oder der Gefäße, z.B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörung, Herzfehler, Herzinfarkt, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Venenentzündung?  ja  **nein**
- 7c der Atmungsorgane, z.B. Asthma, chronische oder mehr als 3mal jährlich Bronchitis, Schlafapnoe?  ja  **nein**
- 7d an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, z.B. ärztlich festgestellte erhöhte Leberwerte, Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, Magengeschwür?  ja  **nein**
- 7e an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust, z.B. Blut- oder Eiweißausscheidung, Nierenentzündung, Steinleiden?  ja  **nein**
- 7f des Stoffwechsels oder Hormonhaushalts, z.B. Eiweiß, Zucker oder Blut im Urin, ärztlich festgestellte erhöhte Blutfettwerte, Funktionsstörung der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit?  ja  **nein**
- 7g des Blutes oder Tumorerkrankungen, z.B. Anämie, Gerinnungsstörung, Krebs, Leukämie, Zyste?  ja  **nein**
- 7h der Psyche, z.B. Angststörung, Burnout-Syndrom, Depression, Essstörung, Neurose, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Selbsttötungsversuch, Überlastungszustand?  ja  **nein**
- 7i des Gehirns, Nervensystems oder neurologischer Art, z.B. Epilepsie, Krämpfe, mehrmals wöchentlich Kopfschmerzen, Lähmung, Multiple Sklerose?  ja  **nein**
- 7j der Wirbelsäule, z.B. Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Hexenschuss, Rückenschmerzen?  ja  **nein**
- 7k der Knochen, Gelenke, z.B. Arthrose, Bänderverletzung, Gelenkentzündung, Hüftfehlstellung, Meniskusverletzung?  ja  **nein**
- 7l der Haut, Allergien, z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-) Ekzem, Schuppenflechte?  ja  **nein**
- 7m der Ohren, z.B. Gleichgewichtsstörung, Hörsturz, Tinnitus, vermindertes Hörvermögen?  ja  **nein**
- 7n der Augen, z.B. grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, Komplikationen nach LASIK-OP oder haben Sie eine Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien? Bei Fehlsichtigkeit ab 6 Dioptrien bitte Wert angeben:  ja  **nein**

**8-16 Fragen an die zu versichernde Person:**

8. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente, d.h. mehr als einen Monat lang täglich oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Präparat, auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel; oder wurden Ihnen welche verordnet? (Empfängnisverhütungsmittel sind davon ausgenommen) Falls ja, welche?  ja  **nein**
9. Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Betäubungsmittel, Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt?  ja  **nein**
11. Ab einer jährlichen BU/EU-Rente (einschließlich bestehender Anwartschaften) von 18.000,- EUR oder mehr: Gesamt-Brutto-Arbeitseinkommen der zu versichernden Person in den letzten 12 Monaten? Bei einer Rente von 30.000,- EUR oder mehr (einschl. bestehender Anwartschaften) siehe Erläuterungen in den Schlusserklärungen 0 €
14. Für wie viele Vollzeitmitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? (Nicht erforderlich bei SEU) Anzahl: 2
15. Bestehen Berufs- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen, Ansprüche auf Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente von sonstigen Rententrägern (z.B. berufsständische Versorgungseinrichtungen) oder wurden in den letzten 5 Jahren Berufs- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen beantragt? Wenn ja, wo? Höhe der Jahresrente?  ja  **nein**
16. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschäftigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB), beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente (z.B. Unfallrente) oder ist eine solche beantragt?  ja  **nein**

## Vorversicherungen

Bestehen, bestanden oder sind gleichartige Versicherungen beantragt oder abgelehnt worden?  ja  **nein**

## SEPA-Mandat

für Dialog Lebensversicherungs-AG, Halderstrasse 29, 86150 Augsburg

Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000029008

Ich ermächtige die Dialog Lebensversicherungs-AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Dialog Lebensversicherungs-AG auf mein Konto gezogenen 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)	Max Mustermann
Straße und Hausnummer	Dorfstr. 3
Postleitzahl und Ort	18565 Insel Hiddensee

Geldinstitut und Ort	Deutsche Bank PGK DirektBk
BLZ	38070724
Kontonummer	1212121212

## Dokumentenhinweis

Der Antragsteller bestätigt, dass ihm vor Abgabe seiner Vertragserklärung folgende Unterlagen der Dialog Lebensversicherungs-AG ausgehändigt wurden:

- AVB Berufsunfähigkeitsversicherung
- Erstinformation des Vermittlers
- Maklervertrag für Sparten

Maßgeblich zur Dokumentierung der beantragten Sparten sind die jeweils aktuellen Bedingungen der Dialog Lebensversicherungs-AG.



---

Ort / Datum

---

Vermittler

---

Ort / Datum

---

Antragsteller für den Antrag