

Persönlicher Antrag auf RingArbeitskraftAbsicherung

Antragsteller/Versicherungsnehmer

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma	Titel		Geburtsdatum		Kundennummer		
Nachname			Staatsangehörigkeit		Geburtsort Familienstand		
Vorname			jetzige Berufstätigkeit		<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> selbstständig seit		
Adresszusatz			<input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst		Dienstherr		
Straße, Haus-Nr.			Vorwahl/Telefonnummer <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesch.		Vorwahl/Faxnummer <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesch.		
Postleitzahl		Ständiger Wohnort		Handy		E-Mail	

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel		Geburtsdatum		Kundennummer		
Nachname			Staatsangehörigkeit		Geburtsort Familienstand		
Vorname			jetzige Berufstätigkeit		<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> selbstständig seit		
Adresszusatz			<input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst		Dienstherr		
Straße, Haus-Nr.			Vorwahl/Telefonnummer <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesch.		Vorwahl/Faxnummer <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesch.		
Postleitzahl		Ständiger Wohnort		Handy		E-Mail	

Einzugsermächtigung

Bis auf Widerruf bevollmächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von folgendem Konto abzubuchen:

Geldinstitut	Bankleitzahl	Konto-Nr.
	Unterschrift Kontoinhaber, falls nicht Vers.-Nehmer/Antragsteller	

Ich beantrage eine RingArbeitskraftAbsicherung

Versicherungsbeginn/Beitragszahlung Tag Monat Jahr monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Berufsunfähigkeitsrente

Tarif <input type="checkbox"/> BV	Monatliche Berufsunfähigkeitsrente EUR	Ablauf der Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer mit Jahren	Ablauf der Leistungsdauer mit Jahren	Karenzzeit Monate	Überschusssystem <input checked="" type="checkbox"/> Beitragsreduktion
Berufsklasse			*) Bitte lesen Sie hierzu die Tarifierläuterungen auf der Rückseite		Garantierter Beitrag* EUR
					Zu zahlender Beitrag* EUR

Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente

Tarif <input type="checkbox"/> BVZ	Monatliche Berufsunfähigkeitsrente EUR	Ablauf der Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer mit Jahren	Ablauf der Leistungsdauer mit Jahren	Karenzzeit Monate	Überschusssystem <input checked="" type="checkbox"/> Beitragsreduktion
Berufsklasse	Monatliche Erwerbsunfähigkeitsrente EUR	oder in % der Berufsunfähigkeitsrente 100 %	*) Bitte lesen Sie hierzu die Tarifierläuterungen auf der Rückseite		Garantierter Beitrag* EUR
					Zu zahlender Beitrag* EUR

Bezugsberechtigt im Leistungsfall ist

<input type="checkbox"/> Vers.-Nehmer <input type="checkbox"/> Versicherte Person <input type="checkbox"/> die hier genannte Person	Geburtsdatum
Nachname	Vorname

Besondere Vereinbarungen

Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Der Antrag gilt nur, wenn die besonderen Vereinbarungen zustande kommen.

Um Ihren Versicherungsschutz nicht zu gefährden, beantworten Sie die Fragen im Antrag bitte vollständig und richtig. Bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht können wir vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern.

A Allgemeine Fragen an die zu versichernde Person

1. Besteht beim Deutschen Ring eine Lebensversicherung, Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeits-Absicherung, Kranken- oder Unfallversicherung und/oder Versicherung gegen Unfalltod?

- nein
 ja, und zwar verweise ich auf alle Angaben (einschl. der Angaben zu meinen Gesundheitsverhältnissen) zu den Versicherungen

Nr. _____
 Nr. _____

2. Hat ein Unternehmen in den letzten 5 Jahren einen auf Ihre Person gestellten Lebensversicherungsantrag (auch Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Absicherung und/oder Unfall-Zusatzversicherung) oder eine Unfallversicherung nicht oder nur zu erhöhten Beiträgen oder Sonderbedingungen angenommen oder annehmen wollen oder ist über einen Antrag noch nicht endgültig entschieden?

- nein Name des Unternehmens und Jahr der Antragstellung
 ja _____

3. Planen oder beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte außerhalb der EU von mehr als 3 Monaten?

- nein Land, Zeitraum. Zweck
 ja _____

4. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt

a) im Beruf (z. B. Umgang mit Sprengstoff oder radioaktiven Substanzen)?

nein Art der Gefahren
 ja

b) in der Freizeit (z. B. Tauchen, Betreiben einer Kampfsportart, Bergsteigen, Sportfliegen, Teilnahme an Wettfahrten, Drachenfiegen, Fallschirmspringen, aktives Fahren von Motorrädern ab 125 ccm)?

nein Art der Gefahren
 ja

5. Erhalten oder beantragen Sie eine Rente oder Abfindung wegen Berufsunfähigkeit/ Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung/Pflegebedürftigkeit oder körperlicher Schäden (ggf. Rentenbescheidabschrift - Begründungsteil mit Versehrtenstufe - beifügen) und/oder besitzen oder beantragen Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht?

nein
 ja

B) Fragen bei Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Absicherung mit jährlicher Berufsunfähigkeitsrente

(über EUR 19.200 jährlicher Berufsunfähigkeitsrente bitte die Zusatzklärung für die Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeits-Absicherung ausgefüllt beifügen)

1. Wie hoch ist Ihr jährliches Brutto-Erwerbseinkommen?

EUR

2. Besteht für Sie schon eine Versicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit bzw. Invalidität (auch Zusatzversicherung) oder ist eine solche beantragt?

nein Bei Versicherer, in Höhe von EUR
 ja, und zwar

3. Haben Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit sonstige Leistungen zu erwarten aus:

<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung	EUR
<input type="checkbox"/> Beamtenversorgung	EUR
<input type="checkbox"/> Private Vorsorge	EUR
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	EUR
<input type="checkbox"/> Betriebliche Altersversorgung	EUR
<input type="checkbox"/> Sonstige Quellen	EUR
<input type="checkbox"/> Summe der Ansprüche	EUR
<input type="checkbox"/> keine	

Die Versicherung wird mit ärztlicher Untersuchung abgeschlossen >

(Falls ja, ist die Beantwortung der Fragen unter Abschnitt C für die zu untersuchende Person entbehrlich)

ja nein

C) Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen.

1. Ihre Körpermaße

Größe cm Gewicht kg

2. Waren Sie in den letzten 10 Jahren in ärztlicher Behandlung oder haben Krankenhaus-, Heil- oder Kuraufenthalte stattgefunden wegen Erkrankungen

a) des Herzens, Kreislaufs und/oder der Gefäße

(z. B. Herzfehler, -rhythmusstörungen, -infarkt, -schwäche, Bluthochdruck, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Krampfadern)?

Ja Nein

b) der Atmungsorgane

(z. B. Asthma, Bronchitis, Allergien, Lungen-, Rippenfellentzündung, Tuberkulose)?

c) der Verdauungsorgane

(z. B. Magen- oder Darmleiden, Leber- oder Gallenleiden, chronische Verstopfung oder Durchfälle, Gelbsucht, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse)?

d) der Nieren-, Harn- oder Geschlechtsorgane

(z. B. Nierenentzündung, -kollik, oder -steine, Blut oder Eiweiß im Urin, Unterleibs- oder Geschlechtskrankheiten)?

e) des Gehirns, des Rückenmarks, der Nerven, der Psyche, der Sinnesorgane

(z. B. Epilepsie, Krämpfe, Ohnmachten, Geistes- oder Gemütskrankheiten, Lähmungen oder Beeinträchtigung der Geruchs-, Geschmacks-, Hör-, Tast- oder Sehfähigkeit)?

Dioptrienzahl (ab -6 Dioptrien): links rechts

f) der Haut, Knochen, Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Stoffwechsels

(z. B. Allergien, Wirbelsäulen-, Bandscheibenerkrankungen, Rheumatismus, Arthrosen, Bewegungseinschränkungen, Amputationen, Gicht, erhöhte Blutfettwerte, Zucker)?

g) des Blutes, der Drüsen, der Milz

(z. B. Schilddrüse)?

h) wie Krebs oder andere Geschwulstkrankheiten?

i) als Folge früherer Krankheiten, Operationen oder Unfälle?

3. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?

4. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen (täglich, wöchentlich, monatlich, vierteljährlich) Medikamente ein (bei Frauen außer der „Pille“)?

5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?

6. Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt?

7. Sind Sie in den letzten 5 Jahren länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig gewesen?

8. Bitte geben Sie Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie unter Abschnitt C mit „ja“ beantwortet haben, z. B. Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, behandelnde Ärzte (Name, Anschrift).

8.a) Seit wann besteht völlige Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung der angegebenen Erkrankungen, Unfälle oder Operationen?

8.b) Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift)?

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Verbraucherinformation und die Schlusserklärung des Antragstellers/der zu versichernden Person. Die Schlusserklärung enthält Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Die Verbraucherinformation und die Schlusserklärung werden durch Ihre Unterschrift zum Inhalt des Antrages. Mit Abschluss des Versicherungsvertrages sind sie Vertragsbestandteile.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen, ist für den Antragsteller/Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Der Antragsteller/Versicherungsnehmer ist mir persönlich bekannt und schon früher identifiziert worden.

Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer bzw. deren gesetzliche/r Vertreter.

Unterschrift des Vermittlers

Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers/der zu versichernden Person, ggf. Firmenstempel

X

Verbraucherinformationen

1. Für den beantragten Versicherungsvertrag gelten die jeweiligen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung. Diese erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein.

2. Nach Erhalt des Versicherungsscheins, der dazugehörigen Bedingungen und der weiteren Verbraucherinformationen können Sie innerhalb einer Frist von 30 Tagen dem Versicherungsvertrag in Textform widersprechen.

3. Bei monatlicher, vierteljährlicher oder halbjährlicher Zahlungsweise der Beiträge erheben wir Ratenzuschläge in Höhe von 5 %, 3 % bzw. 2 % des Jahresbeitrages.

4. Die Beitragshöhe zur Berufsunfähigkeitsversicherung richtet sich nach der tariflichen Berufsklasse, die für den Beruf der zu versichernden Person maßgebend ist.

5. Für die Berufsunfähigkeitsversicherung ist das Überschusssystem Beitragsreduktion vorgesehen.

6. Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

7. Ihr Berater wird Sie umfassend und kompetent beraten. Sollte es dennoch im Einzelfall zu Unstimmigkeiten kommen, können Sie den Kunden-Service der Hauptverwaltung Deutscher Ring unter der Rufnummer (040) 3599 – 7711 anrufen oder Sie schreiben an:

Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG, 20449 Hamburg.

Darüber hinaus können Sie sich bei Meinungsverschiedenheiten auch wenden an den

Versicherungsbundsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin

oder an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person

1. Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Jede bis zur Annahme des Antrages bekannt werdende Abweichung von den im Antrag angegebenen Gesundheitsdaten und der Gesundheitserklärung der zu versichernden Person werde ich unverzüglich dem Versicherer schriftlich anzeigen. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

2. Ich ermächtige den Versicherer zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben, alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer, gesetzliche und private Krankenversicherungen und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen; dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten 5 Jahre nach Antragsannahme. Der Versicherer darf auch die Ärzte, die die Ursache der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit feststellen, und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meiner Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – über die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsursachen oder die Krankheiten, die zur Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit geführt haben, befragen. Weiterhin darf der Versicherer die in Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht.

3. Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der Unternehmensgruppe Deutscher Ring, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vertreter weitergeben.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Angaben über die gesetzliche/private Krankenversicherung der zu versichernden Person – bitte ausfüllen und die Daten vom Original auf die Durchschläge übertragen –

Name der Krankenkasse/des Krankenversicherers

Versicherungs-Nr./Mitglieds-Nr.

Anschrift

Tarifierläuterungen

Im Folgenden finden Sie die Berufsunfähigkeitsversicherung nach den Tarifen BV und BVZ, die Sie beantragt haben, kurzgefasst erläutert. Die maßgebenden Leistungsbeschreibungen sind in den Versicherungsbedingungen enthalten, die Sie mit dem Versicherungsschein erhalten werden.

Der Monat des Versicherungsablaufs entspricht dem Monat des Versicherungsbeginns, sofern Sie mit uns nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart haben.

**Sofern das Eintrittsalter der versicherten Person höchstens 35 Jahre beträgt, gilt Folgendes:
Die garantierten und die zu zahlenden Beiträge werden in den ersten vier Versicherungsjahren gestaffelt.**

Die Staffelbeiträge betragen in Prozent des Beitrags

Versicherungsjahr	1	2	3	4
Staffelsatz	80 %	85 %	90 %	95 %

**Ab dem fünften Versicherungsjahr ist der volle Beitrag zu zahlen. Bei höheren Eintrittsaltern sind die genannten Beiträge stets gleich hoch.
Der Versicherungsschutz besteht in jedem Fall von Anfang an in voller Höhe.**

Berufsunfähigkeitsversicherung Tarif BV

Bei einer Berufsunfähigkeit der versicherten Person von mindestens 50 % – auch aufgrund von Pflegebedürftigkeit – zahlen wir Ihnen nach Ablauf einer ggf. vereinbarten Karenzzeit die vereinbarte monatliche Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente wird längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer gezahlt. Während der Dauer der Berufsunfähigkeit ruht die Beitragszahlung.

Berufsunfähigkeitsversicherung Tarif BVZ

Bei einer Berufsunfähigkeit der versicherten Person von mindestens 50 % – auch aufgrund von Pflegebedürftigkeit – zahlen wir Ihnen nach Ablauf einer ggf. vereinbarten Karenzzeit die vereinbarte monatliche Berufsunfähigkeitsrente. Liegt auch Erwerbsunfähigkeit vor, zahlen wir zusätzlich eine Erwerbsunfähigkeitsrente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente. Eine Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit wird längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer gezahlt. Während der Dauer der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit ruht die Beitragszahlung.