

SBU-Tarif-Check 2006

Rentenhöhe p.a.: EUR *

	Wichtig**	Versichert ***
⇒ Höchststrating des Produktes von Morgen & Morgen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Höchststrating des Produktes von Franke & Bornberg	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Verzicht auf die »abstrakte Verweisung« in der Erst- und Nachprüfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Verzicht auf Beitragsanpassung und Kündigung nach § 41 VVG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Verkürzung des Prognosezeitraumes auf 6 Monate	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Rücktrittsfrist bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auf 5 Jahre begrenzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Rückwirkende Leistung »von Beginn an« ohne zeitliche Einschränkung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Anrechnung von additiven Karenzzeiten (6-24 Monate)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Weltweiter Versicherungsschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Verzicht auf die Arztanordnungsklausel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Verzicht auf Strahlenklausel (bei berufsmäßigen Risiken)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Verzicht auf Luftfahrtklausel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Begrenzung der ärztlichen Mitwirkungspflicht auf den Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Zinslose Stundung der Beiträge im Leistungsfall bis zur endgültigen Entscheidung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Einschluß einer Beitrags- und Leistungsdynamik während der Beitragszahlungsdauer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Fahrlässige Verstöße im Strassenverkehr sind mitversichert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Lebensphasen (ohne erneute Gesundheitsprüfung)		
– 12-monatige Unterbrechung ohne Angabe von Gründen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
– 24-monatige Unterbrechung bei Arbeitslosigkeit		
– 36-monatige Unterbrechung bei Elternzeit		

* Die Rentenhöhe beruht auf Mandantenvorgaben!

** Alle BU-Kriterien sind eigenständig vom Mandanten zu beantworten!

*** Die Auswahl des geeigneten Berufsunfähigkeitsversicherers erfolgte anhand der ausgewählten BU-Kriterien des Mandanten!

SBU-Tarif-Check 2006

Versicherung:

	Wichtig**	Versichert ***
⇒ Berücksichtigung eines Berufswechsels nicht länger als 12 Monate	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ BU-Leistungsprüfung auf den zuvor ausgeübten Beruf bei vorübergehendem Ausscheiden aus dem Beruf (Elternzeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Krankentagegeldfortzahlung (max. 6 Monatsrenten) bei Einstellung durch KTG-Versicherer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten (max. 10.000 EUR)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Leistungsentscheidung innerhalb von 10 Arbeitstagen (garantiert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Keine Nachmeldepflicht für erstmals auftretende Erkrankungen, gesundheitliche Störungen und Beschwerden zwischen Antragstellung und Versicherungsabschluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Dread-Disease Rentenleistungen (Option) in Höhe von max. 6 Monatsrenten (unabhängig vom BU-Begriff)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Nachversicherungsgarantie ohne Gesundheitsprüfung (Option) in Höhe von 100% der Rente ohne »auslösendes Ereignis« (max. 40.000 EUR)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Einmalzahlung (Option) in Höhe von 12 Monatsrenten bei unbefristet anerkannter BU	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Lebenslange BU-Rente bei Eintritt der BU bis zum 40. Lebensjahr (Option)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Verzicht auf die Anwendung des § 172 VVG (Option)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
⇒ Garantierte Dynamik im BU-Leistungsfall in Höhe von 2–5 % (Option)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erklärung bezüglich meiner Gesundheitsangaben im LV-Antrag vom

Hiermit bestätige ich, sämtliche Fragen zu meiner Person und zu meinem Gesundheitszustand gegenüber meinem Berater, vollständig und ohne jegliche Weglassung gemacht zu haben. Über die Erheblichkeit falscher und weggelassener Fragebeantwortungen hat mich der Berater ausführlich und verständlich aufgeklärt. Die Haftung für meine eigenen Angaben liegt ausschliesslich bei mir. Hiermit stelle ich meinen Berater von einer jeglichen diesbezüglichen Haftung betreffs meiner Gesundheitsfragen ausdrücklich frei.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift / Mandant

.....
Unterschrift / Berater