

---

## ANTRAGSTELLER (VERSICHERUNGSNEHMER)

Frau  Herr  Firma  Name, Vorname, Titel

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

private Telefon-Nr. mit Vorwahl

dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl

Postleitzahl

Wohnort

Mobil-Telefon-Nr.

E-Mail-Adresse

---

## DATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

Name, Vorname

Geburtsdatum

männlich

weiblich

---

## FOLGENDE BERUFE SIND NICHT VERSICHERBAR:

- Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler
- Bergführer
- Bergsteiger
- Berufsfeuerwehrleute
- Berufs- und Zeitsoldaten (hierzu zählen auch Personen, die einen freiwilligen Wehrdienst leisten)
- Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler
- Berufstaucher (z. B. Bergungstaucher, Forschungstaucher)
- Bohrschichtführer
- Dompfeur
- Feuerwerker
- Lehrer für Luftsportgeräte wie z. B. Drachenflug, Paragliding etc.
- Flugversuchspilot
- Lehrer für das Fallschirmspringen
- Mitglieder von Munitionssuch- und -räumtruppen
- Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos
- Mitglieder von U-Boot-Besatzungen
- Pyrotechniker
- Radrennfahrer
- Rennfahrer
- Sprengpersonal
- Stuntmen
- Test-/Versuchsfahrer/Werksfahrer
- Testpilot
- Tierbändiger

---

ZAHLUNGSWEISE

monatlich

¼-jährlich

½-jährlich (2 % Nachlass)

jährlich (4 % Nachlass)

Monatsrente:

 EUR

(mind. 500 höchstens 3.000 EUR in 100 EUR-Schritten)

Rentendynamik

nein

3 %

5 %

1,5 % Leistungsdynamik

ja

nein

Rentenbezugsdauer

lebenslang

bis Endalter 67

Rentengarantie

ja

nein

Beitrag gemäß Zahlungsweise:

 EUR

## WEITERE ANGABEN

Aktuelle Körpergröße in cm:

aktuelles Körpergewicht in kg:

Anzahl Unfälle mit stationärer Behandlung (länger als 24 Stunden) in den letzten 5 Jahren:

Bezieht, bezog oder beantragt(e) die zu versichernde Person Leistungen wegen Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder besteht/bestand ein Grad der Behinderung (GdB) bzw. eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE)?

ja

nein

Falls ja, Grad der Invalidität oder der Behinderung (MdE oder GdB):

Merkzeichen aus dem Schwerbehindertenausweis:

keines

aG

B

Bl

G

Gl

H

RF

Es folgen weitere Gesundheitsfragen. Wird mindestens eine der folgenden Fragen mit „ja“ beantwortet, sind weitere tiefergehende Fragen erforderlich (u. a. zu den genauen medizinischen Diagnosen, Fragen zu Art und Umfang der Gesundheitsbeeinträchtigung, Behandlungsdaten etc.). **Die nachfolgenden Fragen sind somit nicht abschließend! Maßgeblich für die Antrags- und Risikoprüfung des Versicherers sind allein die im elektronischen Antragsprozess getätigten Angaben!**

- Bestehen zurzeit Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen?  ja  nein
- Bestanden innerhalb der letzten 5 Jahre Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, die eine Behandlungsdauer über einen Zeitraum von mehr als 14 Kalendertagen erforderlich machten?  ja  nein
- Bestanden innerhalb der letzten 5 Jahre Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, die eine Medikamenteneinnahme über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen erforderlich machten (Verhütungsmittel sind nicht zu berücksichtigen)?  ja  nein
- Bestanden innerhalb der letzten 10 Jahre Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, die einen Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalt oder eine ambulante Operation erforderlich machten?  ja  nein

Raum für weitere Informationen: