

Antrag auf Aufnahme einer zusätzlichen versicherten Person

Dieses Formular zur Aufnahme einer zusätzlichen versicherten Person ist von allen Versicherungsnehmern auszufüllen und zu unterzeichnen, auf die sich die Versicherungspolizze bezieht. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an unseren Servicepartner in Österreich: Clerical Medical Österreich, Zweigniederlassung der Heidelberger Leben – Clerical Medical Management GmbH, Handelskai 94–96, A-1200 Wien. Sie können das Formular auch per Fax an die folgende Nummer senden: +43 1 205 1575 6001. Falls Sie weitere Informationen benötigen, finden Sie diese in den Polizzenbedingungen. Sie können sich auch an Ihren Versicherungsvermittler wenden.

Polizzenummer:

A. Angaben zum Versicherungsnehmer

Nachname/Vorname(n)

Adresse

B. Angaben zur zusätzlichen versicherten Person

Einzelleben Verbundene Leben auf Erstversterbensbasis Verbundene Leben auf Letztversterbensbasis
(nur Performancemaster/Wealthmaster)

Anrede Herr Frau Firma

Nachname/Vorname(n)/Firma/zusätzliche versicherte Person

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Geburtsdatum

Reisepass- oder Personalausweisnummer (Kopie erforderlich)

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Beziehung zum Versicherungsnehmer

Hinweis: Die Höchstzahl der versicherten Personen bei „Verbundene Leben auf Erstversterbensbasis“ beträgt 2, bei „Verbundene Leben auf Letztversterbensbasis“ 6. Das Höchstalter zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns beträgt beim Wealthmaster Classic und beim Performancemaster Planner 64 Jahre, beim Wealthmaster Noble 69 Jahre und beim Performancemaster Investor 74 Jahre. Beim Pensionmaster Planner als auch beim Pensionmaster Investor beträgt das Höchstalter zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns 65 Jahre. Bei Verträgen des Typs „Verbundene Leben auf Erstversterbensbasis“ gilt das Höchstalter für den ältesten Versicherten, bei Verträgen des Typs „Verbundene Leben auf Letztversterbensbasis“ für den jüngsten Versicherten.

C. Fragen zur Versicherungsfähigkeit der zu versichernden Person

Nur bei Produkten mit regelmäßiger Prämienzahlung bei Wahl einer individuellen Todesfallleistung oder einer Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit auszufüllen!

Bitte beantworten Sie alle Fragen in den Abschnitten C und D einzeln, ausführlich und schriftlich. Sie müssen die Fragen vollständig und richtig beantworten. Unrichtige Angaben können Ihren Versicherungsschutz beeinflussen. Eine sorgfältige Beantwortung erspart zudem Rückfragen und beschleunigt damit die Annahmehentscheidung. Ist der Platz für die Antworten hier zu knapp oder möchten Sie uns diese Angaben ohne Einbeziehung Ihres Versicherungsvermittlers einreichen? Gegebenenfalls bitte ein Zusatzblatt mit weiteren Antworten – unterschrieben und datiert – beifügen oder uns unverzüglich schriftlich anzeigen, falls Sie hier keine Angaben machen möchten.

Zusatzblätter sind beigelegt.

1. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt, im Beruf (z. B. Absturz/Einsturz, durch fallende Gegenstände, Explosion, Strahlung, Gifte, Chemikalien) oder in der Freizeit (z. B. Wettfahrten, Flugsport, Drachen- und Gleitschirmfliegen, Hochseesegeln, Extrembergsteigen, Boxen, Mountainbike-Rennen)?

Nein Ja Welche(n)?

(Hinweis: Je nach Sondergefahr erhalten Sie von Ihrem Versicherungsvermittler evtl. einen entsprechenden Zusatzfragebogen.)

2. Planen Sie, sich innerhalb der nächsten 2 Jahre länger als 8 Wochen ohne Unterbrechung außerhalb der Länder der Europäischen Union, der USA, Kanadas, Norwegens oder der Schweiz aufzuhalten?

Nein Ja Wann? Wohin? Zeitraum? Anlass?

3. Wurden in den letzten 12 Monaten für Ihre Person weitere Lebens- und/oder Berufsunfähigkeitsversicherungen abgeschlossen oder beantragt?

Nein Ja Gesellschaft(en)?

Versicherungssumme(n)? €

Antrag auf Aufnahme einer zusätzlichen versicherten Person

C. Fragen zur Versicherungsfähigkeit der zu versichernden Person (Fortsetzung)

4. Würden für Sie in den letzten 5 Jahren beantragte Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Kranken- oder Unfallversicherungen zu erschwerten Bedingungen angeboten, abgelehnt oder zurückgestellt?

Nein Ja Gesellschaft(en)?

Ablehnung

Zurückstellung

Erschwernisangebot

Noch nicht entschieden

5. Ihre Körpermaße:

Größe: cm Gewicht: kg

6.a Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht?

(Wenn Sie in den letzten 12 Monaten nicht geraucht haben, erhalten Sie einen Nichtraucherantrag.)

Nein Ja Zigarillos Zigaretten

Anzahl/Tag Zigarren Pfeife

6.b Haben Sie in den letzten 10 Jahren geraucht?

Nein Ja Wann zuletzt? (Monat/Jahr)

7. War bei Ihnen jemals ein HIV-/AIDS-Test positiv?

8. Name und Anschrift des Hausarztes oder des über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichteten Arztes:

Bitte möglichst genaue Angaben zu Name und Anschrift:

D. Gesundheitsfragen zu der versicherten Person

1. Haben Sie gegenwärtig oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, wegen denen Sie ambulant durch Ärzte oder andere Heilbehandler beraten, untersucht oder behandelt werden bzw. wurden (auch z. B. erhöhter Blutdruck, erhöhter Blutzucker, erhöhte Blutfett- oder Leberwerte sind anzugeben)?

Nein Ja Grund? Wann? Wie lange? Folgenlos geheilt? Behandler?

2. Haben in den letzten 10 Jahren Operationen, Chemo- oder Strahlentherapien, Psychotherapien, Kuraufenthalte oder stationäre Behandlungen stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angeraten?

Nein Ja

3. Nahmen Sie in den letzten 5 Jahren oder nehmen Sie zurzeit häufig oder regelmäßig (länger als 3 Wochen) Medikamente (auch ohne ärztliche Verordnung)?

Nein Ja Grund? Wann? Welche? Dosis?

E. Wichtige Hinweise

Nähere Angaben zu den Voraussetzungen, unter denen wir die von Ihnen beantragte(n) Vertragsänderung(en) annehmen können, entnehmen Sie bitte den für Ihren Vertrag gültigen Polizzenbedingungen.

Antrag auf Aufnahme einer zusätzlichen versicherten Person

F. Erklärungen der/der Versicherungsnehmer(s) und der versicherten Person(en)

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Clerical Medical zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, abgeändert oder fortgesetzt wird, sowie zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag alle unerlässlichen Auskünfte von benannten Ärzten, sonstigen Behandlern, von mir/uns in Anspruch genommenen Einrichtungen der Krankenversorgung sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Dritten einholen darf. Hierfür entbinden wir alle Befragten von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Daten und Angaben, die ich/wir in diesem Formular oder im Rahmen der späteren Vertragsdurchführung mache(n) (z. B. Prämien, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen), von Clerical Medical bzw. anderen Unternehmen der Lloyds Banking Group zum Zwecke der Vertragsbearbeitung verarbeitet und in gemeinsamen Datensammlungen geführt werden. Diese Informationen dürfen auch an Vermittler, die in meinem/unserem Auftrag tätig sind, weitergegeben werden. Gesundheitsdaten werden an Vermittler dabei nur in dem Rahmen weitergegeben, der zur Vertragsgestaltung notwendig ist und soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Zum Zwecke der Risikoprüfung, der Rückversicherung und der Bearbeitung von Leistungsfällen und Ansprüchen an andere Versicherungsgesellschaften kann es auch erforderlich werden, dass meine/unsere Daten an Dritte, einschließlich Rück-, Mit- und andere Versicherer, weitergegeben werden. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Diese Einverständniserklärung und die Entbindung von der Schweigepflicht können gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) im Einzelfall widerrufen werden.

G. Unterschriften

Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie die Erklärungen des/der Versicherungsnehmer(s) und der versicherten Person(en) vollständig gelesen und verstanden haben. Diese Erklärungen sind ein wichtiger Bestandteil des Versicherungsvertrags. Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person identisch, bitte nur einmal an der für die Unterschrift des Versicherungsnehmers angegebenen Stelle unterschreiben. Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, müssen sowohl Versicherungsnehmer als auch die versicherte Person an den jeweils dafür vorgesehenen Stellen unterschreiben.

Unterschrift des 1. Versicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift des 2. Versicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift der zusätzlichen versicherten Person

Datum (TT/MM/JJJJ)

Erklärung des Abtretungsgläubigers/Pfandgläubigers* (falls zutreffend)

Als Abtretungsgläubiger/Pfandgläubiger* stimme ich/stimmen wir* den oben angeführten Vertragsänderungen zu. Diese Änderung(en)* hat/haben* keine Auswirkungen auf die für diesen Vertrag geltende Abtretung/Verpfändung*. Die Abtretung/Verpfändung* bleibt wie mit dem Versicherungsnehmer vereinbart bestehen.

Unterschrift des Abtretungsgläubigers/Pfandgläubigers*

Datum (TT/MM/JJJJ)

* Unzutreffendes bitte streichen.

Clerical Medical Investment Group Limited

Eingetragen in England und Wales unter der Nummer 3196171

Eingetragener Sitz: 33 Old Broad Street, London EC2N 1HZ, Großbritannien

Zugelassen und beaufsichtigt in Großbritannien durch die Financial Services Authority.

Servicepartner in Österreich:

Clerical Medical Österreich

Zweigniederlassung der Heidelberger Leben – Clerical Medical Management GmbH

Millennium Tower, 15. OG

Handelskai 94–96

A-1200 Wien

Kostenfreie Kunden-Hotline: 0800 809 309

Tel. + 43 1 205 1575 6000

Fax + 43 1 205 1575 6001

E-Mail: austria@clericalmedical.com

www.clericalmedical.at