

# 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 Clerical Medical Investment Group Limited, European Branch Office, Randwycksingel 35, NL-6229 EG Maastricht (P.O. Box 377, NL-6200 AH Maastricht), Niederlande. Sie können das Formular zur Aufnahme einer zusätzlichen versicherten Person auch per Fax an die folgende Nummer senden: +31 43 356 5001. Falls Sie weitere Informationen benötigen, finden Sie diese in den Polizzenbedingungen. Sie können sich auch an Ihren Versicherungsvermittler wenden.

## A. Name des Versicherungsnehmers

Polizzennummer:

Nachname/Vorname(n)

Adresse (bitte PLZ angeben)



## B. Angaben zur zusätzlichen versicherten Person

Einzelleben  Verbundene Leben auf Erstversterbensbasis  Verbundene Leben auf Letztversterbensbasis

Anrede  Herr  Frau  Firma

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

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Wohnsitzland

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Geburtsdatum

Reisepass- oder Personalausweisnummer

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. 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 Performancemaster Planner)

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. Wurden 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

Erschwerungsangebot  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 Nichtraucherstarif.)

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?

Nein  Ja

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. Wir weisen darauf hin, dass Änderungen wesentlicher Vertragsbestandteile (Änderung der versicherten Person) Auswirkungen auf die steuerliche Behandlung des Vertrags haben können. Wir empfehlen daher, vor der Wahrnehmung einer der in den Polizzenbedingungen dargestellten möglichen Optionen einen Steuerberater zu kontaktieren.

## Antrag auf Aufnahme einer zusätzlichen versicherten Person

### F. Erklärungen und Ermächtigungen durch die versicherte Person

Ich ermächtige Clerical Medical – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar –, zur Nachprüfung und Auswertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben sämtliche von mir in diesem Antrag oder in den von mir begleitend übermittelten Informationen benannten Ärzte, sonstigen Behandler und andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen; die betreffenden Auskunftspersonen entbinde ich insoweit von ihrer Schweigepflicht. Soweit von Clerical Medical die Erhebung weiterer Daten bei bislang nicht benannten Personen und Behörden verlangt wird, werde ich im Einzelfall darüber entscheiden, ob ich der Datenerhebung zustimme und die betreffenden Personen und Behörden von der Schweigepflicht entbinde. Mir ist bewusst, dass die Entscheidung über eine Entbindung zur Verzögerung der Bearbeitung führen kann und eine Verweigerung der Entbindung zu einer ablehnenden Entscheidung seitens Clerical Medical führen kann. Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Korrespondenz an die angegebene Anschrift des/der ersten Antragstellers/Antragstellerin adressiert wird, sofern keine andere Korrespondenzadresse angegeben ist.

### G. Unterschriften

Der Versicherungsnehmer (Antragsteller) ist alleine für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers müssen schriftlich erfolgen. Absprachen und Erklärungen sind für den Versicherer nur verbindlich, wenn sie schriftlich ausgefertigt und vom Versicherer gezeichnet sind. Ich bestätige den Erhalt einer Formulkopie. Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen. Mir ist bekannt, dass die Informationen auf diesem Formular in Übereinstimmung mit der europäischen Datenschutzrichtlinie (95/46/EG) sowie dem britischen Datenschutzgesetz verarbeitet werden.

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.

Herausgegeben von:

Clerical Medical Investment Group Limited, European Branch Office, P.O. Box 377, NL-6200 AJ Maastricht, Niederlande.

Randwycsingel 35, NL-6229 EG Maastricht, Niederlande

Tel. +31 43 356 5000, Fax +31 43 356 5001. Eingetragen im Handelsregister der Industrie- und Handelskammer Zuid-Limburg („Kamer van Koophandel Zuid-Limburg“) unter der Nummer 14062727.

Clerical Medical Investment Group Limited

Eingetragen in England und Wales unter der Nummer 3196171. Eingetragener Sitz: 33 Old Broad Street, London EC2N 1HZ, England.

Zugelassen und beaufsichtigt in Großbritannien durch die Financial Services Authority.

www.clericalmedical.at

FA006/0509