

# SI WorkLife

## Antrag auf Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsnummer	RINR	21713
Bereits Kunde? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherungs-/Kundennummer:	

Rückdeckungsversicherung

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

### 1 Antragsteller (Versicherungsnehmer)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Sonst.	Name, Vorname, Geburtsname (mit Komma trennen)	Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit	Familienstand
	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)		Wohnsitzland	Steuer-Identifikationsnummer
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> voll berufstätig	Branche		
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger/Firma/Verein <input type="checkbox"/> Angest./Arbeiter im öff. Dienst <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Hausmann/nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Kind/Schüler/Student <input type="checkbox"/> Rentner			
Bei Beamten: Besoldungsgruppe (BG) <input type="text"/>				
Telefonnummer	Telefaxnummer	E-Mail	Mobilfunknummer	

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe\*, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe\* beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine **Kontaktdaten** für die Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der **regelmäßigen Kundenbetreuung** nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen diesen Vertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe\* gerichtet sind. Mein Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Bitte ankreuzen\*\*       ja, für Telefonnummer       ja, für Telefaxnummer       ja, für E-Mail       ja, für SMS

\* Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: siehe Angaben in der Dienstleisterliste      \*\* Freiwillige Angaben

### 2 Beitragszahlung und SEPA-Lastschriftmandat (Das Mandat gilt nur im Falle des Zustandekommens eines Vertrages)

Beitragszahlung laufend <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich	<input type="checkbox"/> <b>Lastschriftverfahren</b> <input type="checkbox"/> Überweisung nach Zahlungsaufforderung (nicht bei monatlicher Beitragszahlung)
---	--

**SEPA-Lastschriftmandat** (Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN)) - Bei abweichendem Kontoinhaber bitte Formular 06052xx ausfüllen.

Das Lastschriftverfahren für die Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe wird durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund (**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81 ZZZ 00000103174**) ausgeführt. Die dabei eingezogenen Beiträge werden an die entsprechenden Gesellschaften weitergeleitet.  
**Mandatsreferenznummer:** Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt.

Ich ermächtige die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., die jeweils fälligen Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von Ihnen vorgelegten Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Über die Einzugsstermine und die Höhe der einzuziehenden Beiträge werde ich in den jeweiligen Versicherungsscheinen, spätestens 1 Tag vor dem Einzugsstermin informiert.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN (maximal 34 Stellen)	BIC (8 oder 11 Stellen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geldinstitut	Datum
<input type="text"/>	Unterschrift Versicherungsnehmer/Kontoinhaber

### 3 Versicherte Person, falls nicht Versicherungsnehmer

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Sonst.	Name, Vorname, Geburtsname (mit Komma trennen)	Geburtsdatum	Geburtsort/Staatsangehörigkeit	Familienstand
	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (Straße Hausnummer und PLZ sind mit Komma zu trennen)		Wohnsitzland	Steuer-Identifikationsnummer
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> voll berufstätig	Branche		
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger/Firma/Verein <input type="checkbox"/> Angest./Arbeiter im öff. Dienst <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer <input type="checkbox"/> Hausmann/nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Kind/Schüler/Student <input type="checkbox"/> Rentner			
Bei Beamten: Besoldungsgruppe (BG) <input type="text"/>				
Beziehungsstatus zum Antragsteller/Versicherungsnehmer ( <b>freiwillige Angaben</b> ) <input type="checkbox"/> Verheiratet mit <input type="checkbox"/> Kind von <input type="checkbox"/> Elternteil von <input type="checkbox"/> Mündel von <input type="checkbox"/> Vormund von <input type="checkbox"/> Geschwisterteil von <input type="checkbox"/> Arbeitgeber von <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer von				

### 4 Versicherungsumfang

Bei Produktgruppe Collect, Business oder Classic wird der Antrag über folgende Kollektivvereinbarung gestellt:

Nr.:  /

**Der Antragsteller bestätigt, zum berechtigten Personenkreis der Kollektivvereinbarung zu gehören.**

Sofern durch die Antragstellung über einen Kollektivpartner ein Rückschluss auf eine Gewerkschaftszugehörigkeit möglich ist, benötigen wir von Ihnen eine Einwilligung. Wenn Sie uns keine Einwilligung erteilen, ist ggf. das gewünschte Kollektiv nicht wählbar.

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Beiträge, erforderlich ist. Meine Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

PDC-Versions-Nr.: \_\_\_\_\_

Antrags-Versions-Nr.: \_\_\_\_\_

**Gesundheitserklärung und weitere Angaben zum Antrag Berufsunfähigkeitsversicherung Formular-Nr. 22002xx beifügen. Für versicherte Personen mit Eintrittsalter bis einschließlich 30 Jahre ist das Formular-Nr. 22021xx beizufügen. Für versicherte Personen der Berufsgruppen 1+ bis 5 ist das Formular-Nr. 22209xx beizufügen.**

Produkt <input type="checkbox"/> EXKLUSIV <input type="checkbox"/> EXKLUSIV-PLUS	Produktgruppe <b>Comfort</b> <input type="checkbox"/> Collect <input type="checkbox"/> Business <input type="checkbox"/> Classic	Sofern nichts angekreuzt ist, gilt Comfort als beantragt. <input type="checkbox"/>	Berufsgruppe	Beitragszahlungs-/ Versicherungsbeginn	Beitrag (brutto) in EUR	Bei Überschussverwendung Beitragsverrechnung im 1. Jahr zu zahlender Beitrag in EUR (Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden.)
--	--	---	--------------	--	-------------------------	--

Ich stimme zu, dass in Abweichung zu § 33 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 VVG der Versicherungsschutz nicht erst beginnen und der Erstbeitrag nicht erst fällig sein soll mit Ablauf der 30-tägigen Widerrufsfrist, sondern unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem beantragten Beginn der Versicherung.

Monatliche Berufsunfähigkeitsrente in EUR	Ablauf Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer	Leistungsdauer
	0:00 Uhr	0:00 Uhr	0:00 Uhr

Anteil Bürotätigkeit	Anzahl Mitarbeiter	Qualifizierte berufliche Weiterbildung (zur Einstufung in Berufsgruppe erforderlich)	Akademiker <input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein	Erläuterungen siehe „Wichtige Hinweise“
----------------------	--------------------	--	---	---

**Überschussverwendung**  
 Falls nichts angekreuzt ist, gilt Beitragsverrechnung als beantragt.  
 Alternativ:  verzinsliche Ansammlung  Fondsanlage  
**Die Überschüsse bei beitragsfreien Versicherungen werden, abhängig von der vereinbarten Überschussverwendung, zur verzinslichen Ansammlung oder zum Erwerb von Fondsanteilen verwendet.**

**Bei Fondsanlage: Fondsauswahl**  
 Ich treffe folgende Fondsauswahl (bitte Fonds-Ziffer entsprechend der Liste aus Formular-Nr. 27042xx und ganzzahligen %-Satz angeben):

<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	%
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

Maximal 5 Fonds können während der Vertragslaufzeit gleichzeitig verwendet werden. Falls kein Prozentsatz angegeben wurde, werden die Anteile gleichmäßig auf die gewählten Fonds verteilt. Soweit Sie keine Fondsauswahl getroffen haben, erfolgt die Fondsanlage zu 100 % in HANSAeuropa Class V. Informationen zu den einzelnen Fonds finden Sie im Formular -Nr. 27042xx.

**Die Fondsentwicklung kann nicht garantiert werden; das Anlagerisiko trägt der Versicherungsnehmer. Aufgrund der Fondsentwicklung kann bei Fälligkeit der Leistung ggf. kein Geldwert der Fondsanteile vorhanden sein.**

**Nur bei EXKLUSIV-PLUS:**  Arbeitsunfähigkeitsklausel  
 **Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall (nur bei EXKLUSIV-PLUS)**  
 Während unserer Leistungspflicht erhöhen wir die Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen festen Prozentsatz von  % (ganzzahlig von 1 bis 3 %).

**Besondere Vereinbarungen für bestimmte Berufsgruppen**

<input type="checkbox"/> <b>Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel</b> zum beantragten Produkt EXKLUSIV oder EXKLUSIV-PLUS (nicht für JVA-Beamte)  Klauselinhalt – siehe unter Wichtige Hinweise	<input type="checkbox"/> <b>Klausel Umtauschrecht für Beamtenanwärter oder Beamte auf Probe</b>	<input type="checkbox"/> <b>Feuerwehrdienstunfähigkeitsklausel</b> (Formular-Nr. 23284xx beifügen) <input type="checkbox"/> <b>Dienstunfähigkeitsklausel für Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit</b> (Formular-Nr. 23288xx beifügen) <input type="checkbox"/> <b>Verlängerungsoption für Schüler, Studenten und Auszubildende</b> (Formular-Nr. 23289xx beifügen)	<b>Nur bei EXKLUSIV-PLUS:</b> <input type="checkbox"/> Leistung bei teilweiser Dienstunfähigkeit
---	---	--	---

**Dynamik**  
 **Beitragsdynamik**  
 Jährliche Erhöhung des zuletzt gültigen Beitrages um einen festen Prozentsatz von  % (ganzzahlig von 1 bis 5 %).

**5 Bezugsberechtigung**

**5.1 Bezugsberechtigung Erlebensfall**

**Sofern nichts anderes bestimmt wird, ist bezugsberechtigigt:**  
 - für Versicherungsleistungen während der Vertragsdauer bzw. für eine evtl. fällig werdende Leistung bei Ablauf der Versicherung: der Versicherungsnehmer

**Anderenfalls ist bezugsberechtigigt** (namentlich bezeichnen, ggf. auch Geburtsname)  
 bei Ablauf der Versicherung bzw. bei Versicherungsleistungen während der Vertragsdauer:

Hiermit bestätige ich, dass die versicherte Person zu mir als Versicherungsnehmer und Bezugsberechtigten für Leistungen im Erlebensfall oder falls ich für Leistungen im Erlebensfall eine andere Person namentlich benannt habe, zu dieser anderen Person, in einem nahen Angehörigenverhältnis im Sinne des Versicherungsteuergesetzes steht. Nahe Angehörige sind danach: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Pflegeeltern, Großeltern, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner, Verlobte, Geschwister der Eltern.

Angehörige bleiben vorher genannte Personen auch dann, wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht.  
 Die versicherte Person steht zu mir als Versicherungsnehmer oder, falls ich für Leistungen im Erlebensfall eine andere Person namentlich benannt habe, zu dieser anderen Person nicht in einem nahen Angehörigenverhältnis.

**5.2 Bezugsberechtigung Todesfall**

**Wenn die versicherte Person stirbt, ist der Versicherungsnehmer für eine eventuell fällig werdende Leistung bezugsberechtigigt. Ist dieser gleichzeitig versicherte Person, dann ist bezugsberechtigigt:**  
 1. der überlebende Ehegatte oder Lebenspartner, mit dem die versicherte Person im Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet war bzw. eine eingetragene Lebenspartnerschaft unterhielt, 2. die überlebenden Kinder zu gleichen Teilen, 3. die Eltern, 4. die Erben (in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten).

**Anderenfalls ist bezugsberechtigigt** (namentlich bezeichnen, ggf. auch Geburtsname)  
 beim Tode der versicherten Person

**5.3 Bezugsberechtigung bei Rückdeckungsversicherungen**

Bezugsberechtigigt zu Lebzeiten und für eine evtl. fällig werdende Leistung beim Tode der versicherten Person ist der Versicherungsnehmer. Die Ansprüche der versicherten Person gegen den Versicherungsnehmer richten sich grundsätzlich nach der ihm erteilten Versorgungszusage.

**6 Sonstiges**

**Information zur Verarbeitung Ihrer Daten**

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Ausführliche Erläuterungen zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie in den Datenschutz-Informationen der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG. Diese werden Ihnen im Rahmen dieser Antragstellung zusammen mit weiteren vorvertraglichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Sie können die Datenschutz-Informationen zusätzlich im Internet abrufen unter <http://www.signal-iduna.de/datenschutzinfo>

Bitte nehmen Sie die Datenschutz-Informationen entsprechend zur Kenntnis.

**Informationen zum Vermittler**

Die Informationen nach § 15 (1) und § 16 VersVermV und § 60 (2) VVG wurden übergeben und sind von mir zur Kenntnis genommen worden.

**Wirtschaftsauskünfte**

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG zum Zwecke des Vertragsabschlusses und zur Prüfung eines (eventuellen) Leistungsantrages wegen Berufsunfähigkeit Informationen zu meinem Zahlungsverhalten, Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren sowie Informationen zur Berufstätigkeit unter Verwendung von Anschriftendaten von der CRIF GmbH, Leopoldstraße 244, 80807 München bezieht und nutzt. Informationen hierzu kann ich bei der oben genannten Firma jederzeit einholen. Die Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

**Empfangsbestätigung**

Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich die Datenschutz-Information SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG, die Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 2 der VVG-Informationspflichtenverordnung in der zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsschutzes gültigen Fassung sowie die Widerrufsbelehrung in Textform erhalten.

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn der Antragsteller minderjährig ist.

Die Datenschutz-Informationen und die Dienstleisterliste habe ich vor Antragstellung in Textform erhalten.

Unterschrift versicherte Person

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, wenn die versicherte Person minderjährig ist.

**Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Wichtigen Hinweise“ auf den Seiten 4 und 5. In den Hinweisen sind u.a. die Vertragsgrundlagen (Antrag, gesetzliche Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland, Versicherungsbedingungen, Gebührenübersicht und Versicherungsschein) aufgeführt. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift auch die „Wichtigen Hinweise“ zum Inhalt dieses Antrages.**

Eine Zweitschrift erhält der Antragsteller sofort nach der Unterzeichnung dieses Antrages ausgehändigt.

**Widerrufsrecht**  
Es besteht ein Widerrufsrecht. Die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben, entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung.

Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Eigenhändige Unterschrift der versicherten Person, sofern diese den Antrag nicht selbst stellt

Eigenhändige Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, wenn Antragsteller oder versicherte Person minderjährig ist

Die Unterschriften müssen den Vor- und Zunamen (ggf. auch den Geburtsnamen) enthalten.

**Erklärung und Unterschrift Vermittler**

Ich erkläre nach § 15 (1) und § 16 VersVermV und § 60 (2) VVG: Ich bin  Ausschließlichkeitsvermittler  Mehrfachvermittler  Makler

HV Hamburg  HV Dortmund

Aushändigung durch

HV  ADP

ADVNR

Unterschrift Vermittler

**Bitte denken Sie an Ihre Daten: ADVNR, GD- und BTR-Nummer! Siehe auch Seite „Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe“.**

## Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland, den Versicherungsbedingungen, der Gebührenübersicht und dem Versicherungsschein.

## Absicherung der allgemeine Dienstunfähigkeit bei Beamten

Wann Beamte bzw. Richter als berufsunfähig gelten, ist in § 2 der Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV bzw. SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS geregelt.

## Besondere Vereinbarungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung für bestimmte Berufsgruppen

### Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel

#### Bei Beantragung der Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel zu SI WorkLife EXKLUSIV

Für die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung gilt zusätzlich die nachstehend aufgeführte Klausel:

Bei versicherten Beamten des Vollzugsdienstes gilt die Entlassung bzw. Versetzung in den Ruhestand wegen Vollzugsdienstunfähigkeit (festgestellt aufgrund eines Gutachtens eines Arztes oder eines beamteten Arztes) als vollständige Berufsunfähigkeit.

Die versicherten Leistungen wegen dieser Vollzugsdienstunfähigkeit erfolgen für 30 Monate. Die versicherte Person gilt weiterhin als berufsunfähig, wenn sie nach Ablauf dieser 30 Monate allgemein dienstunfähig oder berufsunfähig im Sinne der Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV (Berufsunfähigkeitsversicherung) ist.

Die Leistungspflicht endet jedoch spätestens mit Ablauf der Leistungsdauer.

Im Übrigen gelten die Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV (Berufsunfähigkeitsversicherung).

#### Bei Beantragung der Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel zu SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS

Für die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung gelten zusätzlich die nachstehend aufgeführten Klauseln:

#### Was gilt für Beamte des Vollzugsdienstes auf Widerruf oder auf Probe?

Bei versicherten Beamten des Vollzugsdienstes auf Widerruf oder auf Probe gilt die Entlassung bzw. Versetzung in den Ruhestand wegen Vollzugsdienstunfähigkeit (festgestellt aufgrund eines Gutachtens eines Arztes oder eines beamteten Arztes) als vollständige Berufsunfähigkeit.

Die versicherten Leistungen wegen dieser Vollzugsdienstunfähigkeit erfolgen für 72 Monate.

Der versicherte Beamte des Vollzugsdienstes auf Widerruf oder auf Probe gilt weiterhin als berufsunfähig, wenn er nach Ablauf dieser 72 Monate allgemein dienstunfähig oder berufsunfähig im Sinne der Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS (Berufsunfähigkeitsversicherung) ist.

Ist ein versicherter Beamter des Vollzugsdienstes auf Widerruf oder auf Probe wegen festgestellter Vollzugsdienstunfähigkeit auf Grund eines Dienstunfalls entlassen oder das Beamtenverhältnis widerrufen worden, leisten wir - über den genannten Zeitraum von 72 Monaten hinaus - solange ein Unterhaltsbeitrag bzw. Unfallruhegehalt im Sinne des Beamtenversorgungsgesetzes bezogen wird, was uns durch den fortlaufenden Erhalt von Bezügen nach dem Beamtenversorgungsgesetz nachzuweisen ist. Liegen diese Voraussetzungen für den Leistungsbezug nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein.

Die Leistungspflicht endet jedoch spätestens mit Ablauf der Leistungsdauer.

Im Übrigen gelten die Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS (Berufsunfähigkeitsversicherung).

#### Was gilt für Beamte des Vollzugsdienstes auf Lebenszeit?

Bei versicherten Beamten des Vollzugsdienstes auf Lebenszeit gilt die Entlassung bzw. Versetzung in den Ruhestand wegen Vollzugsdienstunfähigkeit (festgestellt aufgrund eines Gutachtens eines Arztes oder eines beamteten Arztes) als vollständige Berufsunfähigkeit.

Die versicherten Leistungen wegen dieser Vollzugsdienstunfähigkeit erfolgen für 72 Monate.

## Aufgabe bestehender Versicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen oder bei einem anderen Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar und mit Nachteilen verbunden ist auch die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei demselben Unternehmen.

Der versicherte Beamte des Vollzugsdienstes auf Lebenszeit gilt jedoch weiterhin als berufsunfähig, wenn er nach Ablauf dieser 72 Monate allgemein dienstunfähig oder berufsunfähig im Sinne der Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS (Berufsunfähigkeitsversicherung) ist.

Die versicherten Leistungen wegen Vollzugsdienstunfähigkeit erfolgen auch nach Ablauf dieser 72 Monate dann, wenn der versicherte Beamte des Vollzugsdienstes auf Lebenszeit wegen festgestellter Vollzugsdienstunfähigkeit vor Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze in den Ruhestand versetzt worden ist und solange Ruhegehalt oder ein Unterhaltsbeitrag im Sinne des Beamtenversorgungsgesetzes bezogen wird, was uns durch den fortlaufenden Erhalt von Bezügen nach dem Beamtenversorgungsgesetz nachzuweisen ist. Liegen diese Voraussetzungen für den Leistungsbezug nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein.

Die Leistungspflicht endet jedoch spätestens mit Ablauf der Leistungsdauer.

Sofern keine Leistung aus dieser Vollzugsdienstunfähigkeitsklausel fällig wird, gilt im Falle eines Laufbahnwechsels aufgrund Vollzugsdienstunfähigkeit des versicherten Beamten:

Ist bei einem Laufbahnwechsel für die Übertragung eines gleichwertigen Dienstpostens eine Ausbildung erforderlich, was uns nachzuweisen ist, erfolgen während der Ausbildungszeit die versicherten Leistungen, insgesamt längstens für 72 Monate. Diese Leistungen enden jedoch spätestens mit Ablauf der Leistungsdauer.

Im Übrigen gelten die Allgemeinen Bedingungen für SI WorkLife EXKLUSIV-PLUS (Berufsunfähigkeitsversicherung).

## Bei Beantragung der Klausel Umtauschrecht für Beamtenanwärter oder Beamte auf Probe

Für die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung gilt zusätzlich die nachstehend aufgeführte Klausel:

Die Versicherungs- und Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsabsicherung kann jederzeit nach Ernennung der versicherten Person zum Lebenszeitbeamten (Kopie der Ernennungsurkunde ist vorzulegen), spätestens jedoch 3 Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer, ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängert werden und die Berufsunfähigkeitsrente kann erhöht werden.

Die Umstellung des Vertrages erfolgt über eine technische Vertragsänderung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Es gelten folgende Rahmenbedingungen für den Umtausch:

- Die Verlängerung der Dauern und ggf. die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsabsicherung kann nur bis zum 40. Lebensjahr der versicherten Person ausgeübt werden.
- Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente darf auf maximal
  - 750 EUR bis Besoldungsgruppe A7
  - 800 EUR in der Besoldungsgruppe A8
  - 900 EUR in der Besoldungsgruppe A9
  - 1.100 EUR in der Besoldungsgruppe A10
  - 1.300 EUR in der Besoldungsgruppe A11
  - 1.400 EUR in der Besoldungsgruppe A12
  - 1.600 EUR in der Besoldungsgruppe A13
  - 1.700 EUR in der Besoldungsgruppe A14
  - 1.900 EUR in der Besoldungsgruppe A15
  - 2.000 EUR in der Besoldungsgruppe A16 sowie den Besoldungsordnungen B, R und Werhöht werden.

Eine Erhöhung über die o. g. Renten hinaus ist mit einem Nachweis im Rahmen der Beamtenversorgungsanalyse möglich

- Die Versicherungs- und Leistungsdauern dürfen nicht über das vollendete 67. Lebensjahr hinausgehen. Für einige Dienstbereiche (z. B. Polizei) gelten jedoch weitere Einschränkungen. Maßgeblich für das tatsächlich höchstmögliche Endalter der Versicherungs- und Leistungsdauer ist daher die zum Änderungstermin konkret ausgeübte Tätigkeit der versicherten Person; hierfür sind geeignete Nachweise einzureichen.

# Wichtige Hinweise - Fortsetzung

Versicherungsnehmer (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

- Die Inhalte eventuell vereinbarter Klauseln sowie eventuell vereinbarte medizinische Risikozuschläge gelten weiterhin.
- Der Versicherungsfall darf bis zum Änderungstermin nicht eingetreten sein.

Der Beitragsberechnung für die geänderte Berufsunfähigkeitsversicherung erfolgt auf der Grundlage des zum Änderungstermin erreichten Alters und der konkret ausgeübten Tätigkeit der versicherten Person.

### Feuerwehrendienstunfähigkeitsklausel zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Formular-Nr. 23284xx)

### Dienstunfähigkeitsklausel für Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit zur Berufsunfähigkeitsversicherung (Formular-Nr. 23288xx)

### Besondere Vereinbarungen zu EXKLUSIV-PLUS

#### Arbeitsunfähigkeitsklausel

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn durch ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen wird, dass die versicherte Person

- seit mindestens 3 Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist und ein in Deutschland ansässiger Facharzt der entsprechenden Fachrichtung das voraussichtliche Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende eines insgesamt 6 Monate ununterbrochenen Zeitraums bescheinigt oder
- seit mindestens 6 Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist und mindestens eine der ärztlichen Bescheinigungen durch einen in Deutschland ansässigen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden ist.

Die ärztlichen Bescheinigungen müssen von dem Facharzt ausgestellt sein, bei dem die versicherte Person wegen der die Arbeitsunfähigkeit verursachenden Krankheit in Behandlung ist. Wir leisten ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums.

Ist die versicherte Person Arbeitnehmer, so erfolgt der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG).

Andernfalls, so zum Beispiel bei Beamten, Selbständigen, Studenten, Schülern, Hausfrauen und Hausmännern, ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, die den Anforderungen des § 5 EntgFG entspricht.

Bei Arbeitsunfähigkeit während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung wird längstens für insgesamt 24 Monate eine Arbeitsunfähigkeitsleistung in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente gezahlt und die Beitragszahlungspflicht entfällt.

### Erläuterungen zu den Fragen an die versicherte Person zum Anteil der Bürotätigkeit, Anzahl Mitarbeiter, Qualifizierte Ausbildung

Anhand der Angaben werden wir prüfen, ob die Einstufung in eine günstigere Berufsgruppe möglich ist.

#### Anteil Bürotätigkeit

Bitte tragen Sie an dieser Stelle im Antrag ein, welchen Anteil an Ihrer gesamten Arbeitszeit Bürotätigkeiten einnehmen.

Zu den Bürotätigkeiten gehören beispielhaft folgende Tätigkeiten:

- Auftragsbeschaffung und Kundenbetreuung
- Planung der Auftragsdurchführung

- Koordinierung des Mitarbeitereinsatzes
- Aufsichtsführung und Kontrollen
- allgemeine Bürotätigkeiten (z. B. Rechnungsstellung, Materialbestellungen usw.)

#### Anzahl Mitarbeiter

Bitte geben Sie an dieser Stelle im Antrag an, für wie viele sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter (ohne geringfügig beschäftigte Mitarbeiter) Sie Personalverantwortung tragen. Auszubildende gelten als sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter; Teilzeitmitarbeiter werden als jeweils ein Mitarbeiter angesehen.

Als geringfügig beschäftigte Mitarbeiter gelten:

- Geringfügig entlohnte Mitarbeiter
- Kurzfristig beschäftigte Mitarbeiter (bis zu 3 Monate bzw. 70 Arbeitstage)

#### Qualifizierte berufliche Weiterbildung

Bitte geben Sie an dieser Stelle im Antrag an, welche qualifizierte berufliche Weiterbildung Sie haben. Hierzu zählen beispielhaft folgende Qualifizierungen:

- Meister
- Industriemeister
- Geprüfter Techniker
- Geprüfter Fach- oder Betriebswirt
- Weiterbildung nach dem Berufsbildungsgesetz
- Weiterbildung der Industrie- und Handelskammer
- Weiterbildung an Fachschulen

#### Akademiker

Jemand, der einen Abschluss von einer staatlichen bzw. staatlich anerkannten Hochschule hat (=Hochschulabschluss).

Hochschulabschlüsse können in Deutschland staatliche Universitäten, Technische Hochschulen, Kunsthochschulen, Fachhochschulen usw. sowie staatlich anerkannte Hochschulen, etwa kirchliche Hochschulen, verleihen.

Personen, die einen Abschluss von einer staatlichen Berufsakademie bzw. dualen Hochschule erhalten haben, sehen wir gleichwertig zu Akademikern (z. B. Absolventen eines dualen Studiums an einer staatlichen Berufsakademie).

Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe							
GD-Nr.	Betreuer-Nr.	Antr-GD	Antrags-Nr.	Ext.-Nr.	VB	Firmenschl.	
ADVNR 1	Teil. 1	ADVNR 2	Teil. 2	ADVNR 3	Teil. 3	Antragsherkunft	
<b>OVB intern:</b>					PC-Kennung	PC-Int.-Antragsnummer	
Name ADV					Telefonnummer ADV		
<b>Recherche GD / Antragsprüfung GD</b>		Datum	Funktionsstelle	Unterschrift		Tel.-Nr.	
<input type="checkbox"/> Checkliste geprüft <input type="checkbox"/> Recherche telefonisch <input type="checkbox"/> Recherche persönlich <input type="checkbox"/> Antrag gemäß Anweisung geprüft und an HV weitergeleitet.							