STANDARD LIFE

Standard Life · Lyoner Straße 15 · 60528 Frankfurt

Standard Life Versicherung

Lyoner Straße 15
60528 Frankfurt/Main

Telefon: 0800 2214747
Fax: 069 66572110
www.standardlife.de
kundenservice@standardlife.de

Frankfurt, 13. September 2010

Versicherungsschein Nr.:
Versicherungsnehmer:
Versicherte Person:
Ihr Vermittler: Peter Wolnitza GmbH
Peter Wolnitza
Tel: 06187 / 90 29 89 , Fax: 06187 / 90 29 88
E-Mail: info@wolnitza.de

Sehr

am 08.09.2010 hat uns Ihr Versicherungsmakler, Herr Wolnitza, darüber informiert, dass bei Ihnen eventuell eine Berufsunfähigkeit vorliegt.

Zur Prüfung Ihres Leistungsantrages benötigen wir dabei sowohl Informationen über Ihre gesundheitlichen Beschwerden als auch vor allem **über Ihre berufliche Tätigkeit.**

Kein Berufsunfähigkeitsfall ist gleich, weshalb Sie bitte den beigefügten Fragebogen mit den darin genannten Unterlagen sowie die Schweigepflichtentbindung ausgefüllt und unterschrieben an uns zurücksenden möchten. Dieser bildet die Grundlage unserer Leistungsprüfung. Bitte beantworten Sie deshalb die Fragen möglichst vollständig und genau.

Um eine schnelle Entscheidung Ihres Leistungsantrages gewährleisten zu können, kann es erforderlich sein, dass wir uns telefonisch oder per Email mit Ihnen in Verbindung setzen. Bitte teilen Sie uns daher auf dem beigefügten Fragebogen Ihre Telefonnummer und Email-Adresse mit.

Sollten Sie Ihr Berufsbild auf dem beigefügten Fragebogen nicht vollständig zutreffend vorfinden, gilt folgendes:

Bitte schildern Sie auf einem gesonderten Blatt zusätzlich den Ablauf eines für Sie typischen Arbeitstages bzw. einer für Sie typischen Arbeitswoche vor und nach Eintritt Ihrer gesundheitlichen Beschwerden, in quantitativer wie qualitativer Hinsicht. Teilen Sie uns dabei auch den Namen und die vollständige Anschrift Ihres letzten Arbeitgebers mit.

Sollte der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht ausreichen, setzen Sie Ihre Angaben bitte auf der Rückseite oder auf einem gesonderten Blatt fort.

Für den Fall, dass Sie bereits über medizinische Unterlagen verfügen, bitten wir Sie, uns diese in Kopie beizufügen.

Standard Life Versicherung
Zweigniederlassung Deutschland der Standard Life Assurance Limited
Hauptbevollmächtigter: Bertram Valentin
Bankverbindung: HSBC Trinkaus & Burkhardt AG Kto. Nr. 300478026 BLZ 30030880
IBAN: DE47300308800300478026 SWIFT: TUBDDEDD
UST-ID Nr. DE 259249623
Reg.G.Nr. HRB 41297 Sitz: Edinburgh (Schottland) Register-Nr. SC286833

Rechtsform: Limited Company
Vorstand: David Nish Jackie Hunt
John Gill Nathan Parnaby Paul Matthews

Mix
Produktgruppe aus verbindlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

Zur Prüfung der Leistungsansprüche kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen. Um eine schnelle Informationsgewinnung zu gewährleisten, haben wir eine generelle Schweigepflichtentbindung vorbereitet.

Selbstverständlich steht es Ihnen alternativ frei, für jedes Auskunftsersuchen eine Einzelermächtigung zu erteilen, so dass wir für jede Einzelfrage auf Sie zukommen und diese Ermächtigung anfordern müssen. Wir weisen Sie deshalb darauf hin, dass diese Vorgehensweise zu zeitlichen Verzögerungen bei der Bearbeitung führen kann.

Haben Sie noch Fragen? Bitte wenden Sie sich vertrauensvoll an Ihren Vermittler. Gerne helfen auch wir Ihnen telefonisch von Montag bis Freitag von 8:30 Uhr bis 18:00 Uhr kostenfrei unter 0800 2214747.

Mit freundlichen Grüßen

Lutz Jülicher

Standard Life Versicherung
Zweigniederlassung Deutschland der Standard Life Assurance Limited
Hauptbevollmächtigter: Bertram Valentin
Bankverbindung: HSBC Trinkaus & Burkhardt AG Kto. Nr. 300478026 BLZ 30030880
IBAN: DE47300308800300478026 SWIFT: TUBDDEDD
UST-ID Nr. DE 259249623
Reg.G.Nr. HRB 41297 Sitz: Edinburgh (Schottland) Register-Nr. SC286833

Rechtsform: Limited Company
Vorstand: David Nish Jackie Hunt
John Gill Nathan Parnaby Paul Matthews

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

Standard Life Versicherung

Lyoner Straße 15
D-60528 Frankfurt/Main

Hotline: 01802 - 21 47 47
Fax: 069 - 66 57 21 10
www.standardlife.de
Leistungspruefung@standardlife.de

Fragebogen Allgemein

Teleton (tagsüber):
Telefax:
E-Mail:

ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZSTAND	
Fragen der Gesellschaft	**Antworten**
1. An welchen Erkrankungen, Verletzungen oder Leistungseinschränkungen leiden Sie? Bitte nennen Sie die Diagnosen und schildern Sie Ihre Beschwerden!	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
2. Seit wann bestehen diese Erkrankungen, Verletzungen oder Leistungseinschränkungen?	Seit:_____
3. Wurden die Erkrankungen oder Verletzungen durch einen Unfall ausgelöst??	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann und wo hat sich der Unfall ereignet (Bitte schildern Sie den Unfallhergang auf einem gesonderten Blatt.)? Wann: _____ Wo: _____
4. Welche Polizeidienststelle/ Staatsanwaltschaft bearbeitet den Unfall?	Name: _____ Anschrift: _____ Aktenzeichen: _____

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

5. Welcher Arzt hat Sie wegen dieser Erkrankungen oder Verletzungen zuerst behandelt?	Name: _____ Anschrift: _____ Wann: _____
6. Von welchen anderen Ärzten und in welchen Krankenhäusern, Sanatorien oder Kuranstalten wurden Sie bisher beraten, untersucht oder behandelt?	**Name** **Anschrift** **Behandlungszeitraum/ -grund** a._____ _____ von/bis_____ _____ _____ wegen_____ b._____ _____ von/bis_____ _____ _____ wegen_____ c._____ _____ von/bis_____ _____ _____ wegen_____ d._____ _____ von/bis_____ _____ _____ wegen_____
7. Welche Ärzte behandeln Sie **zur Zeit** wegen dieser Erkrankungen oder Verletzungen?	**Name** **Anschrift** **Fachrichtung** a. _____ _____ _____ b. _____ _____ _____ c. _____ _____ _____ d. _____ _____ _____ e. _____ _____ _____ f. _____ _____ _____
8. Welche ärztlichen Maßnahmen (Untersuchungen, Behandlungen, Heilverfahren, Therapien) sind noch vorgesehen?	Welche: _____ Wann: _____ Wo: _____

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

9. Seit wann sind Sie wegen der Erkrankungen oder Verletzungen nicht mehr in der Lage, Ihre bisherige Tätigkeit auszuüben?	Seit:_____
10. Sind Sie arbeitsunfähig krank geschrieben?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, seit: _____ durch Dr.: _____ Anschrift: _____ Bitte Nachweise beifügen!.

ANGABEN ZUM BERUF UND ZUM BERUFLICHEN WERDEGANG

1. Welche abgeschlossene Schulbildung haben Sie?	☐ keine ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Abitur ☐ Fachoberschule ☐ Sonstige: _____
2. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen ?	☐ keine ☐ Kaufmannsgehilfenprüfung ☐ Gesellenprüfung ☐ Meisterprüfung ☐ Studienabschluss Wenn ja: welche/n _____ erlernte/r Beruf/e: _____

3. Welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie in Ihrem bisherigen Berufsleben ausgeübt?

(Schildern Sie bitte Ihren beruflichen Werdegang in zeitlicher Reihenfolge!)

Berufsbezeichnung, berufliche Tätigkeiten	**von**	**bis**	**Name und Anschrift des Arbeitgebers**
a. _____	____	____	_____
b. _____	____	____	_____
c. _____	____	____	_____
d. _____	____	____	_____
e. _____	____	____	_____

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

4. Welche sonstigen Kenntnisse und Fähigkeiten haben Sie sich noch angeeignet (z.B. Computerkurs, Fortbildungen)?	
5. a.) Welche berufliche Tätigkeit haben Sie unmittelbar vor dem Eintritt der jetzigen gesundheitlichen Beschwerden ausgeübt? b.) Seit wann haben Sie diese Tätigkeit ausgeübt?	
6. Wie viele Wochenstunden waren Sie vor dem Eintritt der jetzigen gesundheitlichen Beschwerden durchschnittlich tätig?	
7. Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoeinkommen aus dieser beruflichen Tätigkeit vor Eintritt der jetzigen gesundheitlichen Beschwerden? (Fügen Sie bitte die Einkommensteuerbescheide der letzten drei Jahre bei!)	Letztes Jahr _____ € _____ Vor 2 Jahren _____ € _____ Vor 3 Jahren _____ € _____
8. Welche Belastungen waren für Sie mit der Ausübung dieser Tätigkeit verbunden?	☐ ständig stehend ☐ gehend und stehend ☐ ständig sitzend ☐ oft kniend ☐ an laufender Maschine ☐ oft mit erhobenen Armen ☐ oft in gebückter Haltung ☐ hautempfindliche Arbeiten ☐ im Wechsel von Gehen/Stehen/Sitzen ☐ feinmotorische Arbeiten
9. Heben und Tragen von Lasten	☐ bis 7 kg ☐ 7 – 20 kg ☐ über 20 kg

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

10. Worin bestand Ihre berufliche Tätigkeit im einzelnen **v o r** Eintritt der jetzigen gesundheitlichen Beschwerden an einem gewöhnlichen Arbeitstag?

(Nennen Sie bitte die zutreffenden Teiltätigkeiten und geben Sie die zeitliche Inanspruchnahme an!)

Körperliche Tätigkeit	**durchschnittlicher Zeitaufwand** Stunden	Minuten

Kaufmännische und aufsichtsführende Tätigkeiten	**durchschnittlicher Zeitaufwand** Stunden	Minuten

Worin bestand Ihre berufliche Tätigkeit im einzelnen **v o r** Eintritt der jetzigen gesundheitlichen Beschwerden an einem gewöhnlichen Arbeitstag?

(Nennen Sie bitte die zutreffenden Teiltätigkeiten und geben Sie die zeitliche Inanspruchnahme an!)

Sonstige Tätigkeiten	**durchschnittlicher Zeitaufwand** Stunden	Minuten
Führen von Kfz im		

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

	Umkreis bis 50 km Führen von Kfz im Umkreis über 50 km	_____	_____
11. Welche von den oben genannten Tätigkeiten üben Sie **h e u t e** noch aus (Nennen Sie bitte die einzelnen Tätigkeiten, die Sie ausüben und tragen Sie jeweils den durchschnittlichen Zeitaufwand ein!)?	**Körperliche Tätigkeit**	**durchschnittlicher Zeitaufwand** **Stunden**	**Minuten**
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	Kaufmännische und aufsichtsführende Tätigkeiten	**durchschnittlicher Zeitaufwand** **Stunden**	**Minuten**
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
Welche von den oben genannten Tätigkeiten üben Sie **h e u t e** noch aus (Nennen Sie bitte die einzelnen Tätigkeiten, die Sie ausüben und tragen Sie jeweils den durchschnittlichen Zeitaufwand ein!)?	**Kaufmännische und aufsichtsführende Tätigkeiten**	**durchschnittlicher Zeitaufwand** **Stunden**	**Minuten**
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

	Sonstige Tätigkeiten **durchschnittlicher Zeitaufwand** **Stunden** **Minuten** Führen von Kfz im Umkreis bis 50 km _____ _____ Führen von Kfz im Umkreis über 50 km _____ _____
Bitte beschreiben Sie auf den beigefügten Blättern den Ablauf eines für Sie typischen Arbeitstages vor und nach Eintritt Ihrer Beschwerden!	
12. Wie viele Stunden arbeiten Sie zur Zeit **täglich**?	**Stunden:** _____ Wie viele Arbeitstage **je Woche**? **Tage:** _____
13. Beabsichtigen Sie, Ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann?
14. Bestehen Pläne zur Aufnahme einer anderen beruflichen Tätigkeit?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche und wann?
15. Werden Sie umgeschult oder soll eine Umschulung stattfinden (Bitte Kopie des Umschulungsbescheides beilegen)?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie lautet das neue Berufsbild? Beginn und voraussichtliche Dauer: Träger der Umschulung:
16. Sind andere Berufsmaßnahmen (Schule, Studium usw.) vorgesehen?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, mit welchem Berufsziel?

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

	Beginn und voraussichtliche Dauer:

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

ANGABEN ZUM WEITEREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

1. Bei welchen Versicherungsgesellschaften sind Sie gegen Berufsunfähigkeit noch versichert? (Bitte geben Sie Name, Anschrift und Vertragsnummer an).	Name: _____ Anschrift: _____ Vertragsnummer: _____ Name: _____ Anschrift: _____ Vertragsnummer: _____ Name: _____ Anschrift: _____ Vertragsnummer: _____
2. Haben Sie grundsätzlich Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente bei der Sozialversicherung (Deutsche Rentenversicherung usw.)	☐ Ja ☐ Nein
3. Haben Sie je Beiträge in die gesetzliche Sozialversicherung eingezahlt?	☐ Ja ☐ Nein Von _____ bis _____ Grund: _____
4. Beziehen Sie Rente von der Sozialversicherung (Bitte fügen Sie alle Ihnen vorliegenden Rentenbescheide und letzten Anpassungsbescheide vollständig bei).	☐ Ja ☐ Nein

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

5. Sofern Sie **keine** Rente beziehen: Haben Sie eine Rente beantragt?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann und bei wem? _____ _____ Wenn nein, werden Sie eine Rente beantragen? ☐ Ja ☐ Nein Falls nein, weshalb nicht? _____ _____ Wurde ein Rentenantrag abgewiesen? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann und von wem? _____ _____ Haben Sie hiergegen Widerspruch erhoben? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann? _____ _____
6. Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihres Sozialversicherungsträgers sowie Ihre Versicherungsnummer an:	Name: _____ Anschrift: _____ Vertragsnummer:_____
7. Haben Sie einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann? _____ Bei welchem Versorgungsamt (Anschrift und Aktenzeichen)? _____ _____ _____ _____ –

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

	Mit welchem Ergebnis? _____ _____ _____ _____ **Bitte eine Kopie des Bescheides und des Versorgungsausweises beifügen! -**
8. Bei welcher Krankenkasse/ Versicherungsgesellschaft waren Sie in den letzten 5 Jahren und aktuell krankenversichert?	**Name / Anschrift / Mitgliedsnummer / Versichert von - bis** a.)_____ b.)_____ c.)_____ d.)_____

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit sollen überwiesen werden an:

Kontoinhaber: _____
Kontonummer: _____
Bankleitzahl: _____
Geldinstitut/Postbank: _____

Die Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mir ist bekannt, daß bewusst falsche oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, und zwar auch dann, wenn der Gesellschaft kein Schaden entsteht. Wurde die Schadenanzeige von einem Beauftragten der Versicherungsgesellschaft ausgefüllt, so bleibe trotzdem ich allein für die Richtigkeit der gemachten Angaben verantwortlich.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bei der Ausfüllung des Fragebogens hat mitgewirkt: _____

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

Tätigkeitsbeschreibung v o r Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

Tätigkeitsbeschreibung n a c h Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

Schweigepflichtentbindung

Erklärung der versicherten Person

Versicherte Person:

Anschrift:

Versicherungsnummer:

Mir ist bekannt, dass die Standard Life Versicherung zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung von Ansprüchen mache oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

☐ Zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht ermächtige ich die Standard Life Versicherung alle Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer, private Krankenkassen und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen und die dort jeweils vorliegenden Unterlagen anzufordern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Standard Life Versicherung medizinische Auskünfte und Unterlagen an andere mit der Prüfung befasste, vom Versicherer beauftragte Sachverständige und Rückversicherungsunternehmen, weiterleitet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Ermächtigung und Entbindung von der Schweigepflicht mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Die Standard Life wird mich von einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

☐ Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben.
Ich wünsche, dass mich die Standard Life Versicherung informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde.

Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsprüfung oder gar zu Leistungsfreiheit der Standard Life Versicherung führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht begründen lässt.

Ort/Datum

Unterschrift

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften

STANDARD LIFE

Hinweise zum Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Hinweise, die Ihnen die Beantwortung unseres Fragebogens erleichtern sollen. Beantworten Sie den beiliegenden Fragebogen bitte vollständig und korrekt. Dies ermöglicht uns die schnelle Aufnahme der Leistungsprüfung und vermeidet unnötige Rückfragen.

Zur Erläuterung der Notwendigkeit der von uns erbetenen Informationen möchten wir Ihnen den Begriff der Berufsunfähigkeit erläutern.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Ergänzenden Bedingungen zur Berufsunfähigkeitsabdeckung liegt vor, wenn Sie als (mit-)versicherte Person

- infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind,
- voraussichtlich sechs Monate ununterbrochenen außerstande sind,
- Ihren zuletzt ausgeübten Beruf oder
- eine andere Tätigkeit auszuüben, die Sie aufgrund Ihrer Ausbildung und Erfahrung ausüben können und die Ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Sind Sie

- infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind,
- bereits seit sechs Monaten ununterbrochen außerstande,
- Ihren zuletzt ausgeübten Beruf oder
- eine andere Tätigkeit auszuüben, die Sie aufgrund Ihrer Ausbildung und Erfahrung ausüben können und die Ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht,

so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Die vertraglich vereinbarten Berufsunfähigkeitsleistungen erbringen wir, wenn Sie während der Dauer Ihrer Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig geworden sind.

Damit wir Ihren Anspruch sachgerecht und zügig prüfen können, benötigen wir Informationen über die gesundheitlichen Beschwerden und vor allem über Ihre genaue **berufliche Tätigkeit** und den daraus resultierenden körperlichen und geistigen Belastungen (z.B. Arbeiten in Zwangshaltungen, Witterungseinflüsse, Gewichtsbelastungen, Bildschirmarbeit etc.).

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften
www.fsc.org Zert.-Nr. SGS-COC-2931

STANDARD LIFE

Beispiele:

Anschriften: Bitte geben Sie die vollständigen Anschriften (z.B. der Ärzte, Krankenhäuser, Kur- / Rehabiltationsanstalten etc.) an.

Versicherungsnummern: Bitte geben Sie bei Angaben zu privaten oder gesetzlichen Versicherungsverträgen (Krankenversicherungen, Deutsche Rentenversicherung etc.) auch die entsprechenden Versicherungsnummern an.

ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND

Geben Sie bitte alle aktuellen Behandler mit genauer Anschrift und möglichst unter Angabe des Fachgebietes an. Sollten Sie derzeit auch ambulant oder stationär in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken etc. behandelt werden, so teilen Sie auch bitte diese mit genauer Anschrift mit. Bitte geben Sie uns vor allem an, welcher Facharzt Sie wegen Ihrer Erkrankungen oder Beschwerden regelmäßig behandelt (hat).

ANGABEN ZUM BERUF UND ZUM BERUFLICHEN WERDEGANG

Geben Sie bitte Ihren erworbenen Abschluß an (z.B. Abitur, polytechnische Oberschule). Soweit Sie ein Studium absolviert haben, geben Sie bitte die exakte Fachrichtung und den erworbenen Abschluß an (z.B. Wirtschaftswissenschaften; Diplomökonom). Bitte teilen Sie uns auch mit, wann Sie Ihre Schulausbildung / Ihr Studium abgeschlossen haben und über welche (abgeschlossene) Berufsausbildung Sie verfügen.

Welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie in Ihrem bisherigen Berufsleben ausgeübt?
Bitte schildern Sie chronologisch, in welchem Tätigkeitsbereich Sie konkret gearbeitet haben (z.B. Kfz-Mechaniker für LKW und Baumaschinen).

Welche sonstigen Kenntnisse und Fähigkeiten haben Sie sich noch angeeignet?
Bitte geben Sie hier Weiterbildungen wie z.B. Sprach- oder Computerkurs, Schweisserschein etc. an und fügen Sie entsprechende Nachweise, Zeugnisse etc. bei.

Angestellte / Selbständige / Einkommensnachweise
Bitte überreichen Sie uns im Original - die unverzügliche und unbeschadete Rückgabe sichern wir Ihnen zu - oder in Fotokopie Nachweise zu Ihren Einkünften der letzten drei Jahre (z.B. Gehaltsabrechnungen, Einkommensteuerbescheide, Gewinn- und Verlustrechnungen, BWAs etc.).

Mix
Produktgruppe aus verbindlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften
www.fsc.org Zert.-Nr. SGS-COC-2931

STANDARD LIFE

Zu Ihrer Information: Ihre Versicherungsbedingungen sehen vor, dass zu den von Ihnen beizubringenden Unterlagen solche über den Beruf des Versicherten, dessen Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintrittes der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen gehören. Dabei gilt es zu beachten, dass die Lebensstellung eines Versicherten gerade durch seine Einkünfte gekennzeichnet wird. Auch die daraus resultierende soziale Stellung ist ein wichtiger Bestandteil bei der Beurteilung etwaiger Berufsunfähigkeit. Dem aus der beruflichen Tätigkeit erzielten Einkommen wird in der Rechtsprechung nicht nur sachdienliche, sondern zudem entscheidungserhebliche Bedeutung für die Festlegung der Berufsunfähigkeit beigemessen. Deshalb fällt unter die Mitwirkungsobliegenheiten auch der Nachweis des Verdienstes als ein solcher Nachweis, der für die Begründung des Anspruches auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung vonnöten ist.

Berufliche Tätigkeiten im einzelnen, Arbeitszeiten

Die detaillierte Beantwortung dieser Frage ist für die Prüfung Ihres Anspruches von besonderer Bedeutung. Bitte geben Sie daher sämtliche einzelnen (Teil-) Tätigkeiten, die Sie innerhalb Ihres Berufes ausüben bzw. ausgeübt haben, sowie den jeweils dafür benötigten Zeitablauf an.

Falls in Ihrem Beruf die **Einzeltätigkeiten** nur in größeren Zeiträumen anfallen (saisonabhängig, wie z.B. beim Gärtner, Landwirt), so beschreiben Sie bitte den jeweiligen Zeitaufwand einheitlich pro Woche, Monat, Jahreszeit oder Jahr und vermerken dies bitte entsprechend auf dem Fragebogen.

Darüber hinaus wäre es für uns hilfreich, wenn Sie auf einem gesonderten Blatt zusätzlich in freier Form den Ablauf eines für Sie typischen Arbeitstages, einer Arbeitswoche, eines Monats, einer Saison oder eines Jahres formulieren könnten.

Für den Fall, dass die auf dem Fragebogen beispielhaft genannten (Teil-) Tätigkeiten nicht Ihrem konkreten Berufsbild entsprechen, schildern Sie dieselbigen bitte in freier Form.

Bitte führen Sie dabei auch aus, inwieweit Sie besonderen körperlichen Belastungen (z.B. Arbeiten überwiegend im Knien oder Bücken, Heben und Tragen schwerer Gewichte, Arbeiten unter Witterungsexpositionen) ausgesetzt sind.

Bitte geben Sie auf jeden Fall **sämtliche** (Teil-) Tätigkeiten an, die Sie ausüben.

Beispiel Kfz-Mechaniker:

1. Fehlersuche: 1 Stunde / Tag
2. Motor- / Getriebereparatur: 3 Stunden / Tag
3. Verschleißteile ersetzen: 4 Stunden / Tag
4. ...
5. ...

Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften
www.fsc.org Zert.-Nr. SGS-COC-2931

STANDARD LIFE

6. ...
Leichte bis überwiegend mittelschwere Arbeit in Werk- und Montagehallen zu ebener Erde, in Arbeitsgruben und an Hebebühnen, überwiegend im Stehen; häufige Zwangshaltungen, wie z.B. Arbeiten im Bücken, Hocken, Knien, Liegen sowie Überkopfarbeit oder in halbgebückter Stellung.
Schmutzarbeiten beim Umgang mit Fetten, Öl, Schmierstoffen und Flüssigkeit.
Bei Außenarbeiten auch Nässe, Kälte und Zugluft ausgesetzt.
Lärm- und Geruchsbelästigung durch Abgase, Schweißdämpfe, Kleber, Lacke, Farben.
Umgang mit hautreizenden Stoffen, Ölen und Fetten.
Vibrationswirkung insbesondere auf Handgelenke und Unterarme bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen.

Umschulungs- / Berufsmaßnahmen
Bitte benennen Sie das genaue Berufsziel dieser Maßnahmen sowie den Träger der Maßnahme, die Dauer und Ihren erworbenen oder noch zu erwerbenden Abschluß.

ANGABEN ZUM WEITEREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Hier geben Sie bitte den für Sie zuständigen Rentenversicherungsträger mit genauer Anschrift und Versicherungsnummer an. Gleiches gilt für Ihren Krankenversicherer sowie weitere private Berufsunfähigkeitsversicherer.

Sollte der vorgegebene Raum auf den Fragebögen nicht ausreichend sein, so ergänzen Sie bitte Ihre Angaben auf gesonderten Blättern. Falls Sie bereits über medizinische Unterlagen, z.B. Arztbriefe, Krankenhausberichte etc., verfügen, bitten wir Sie, uns diese gemeinsam mit dem formellen Leistungsantrag zu übersenden.

Mix
Produktgruppe aus verbindlich bewirtschafteten Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften