

# SI WorkLife

## Antrag auf Grundfähigkeitsversicherung

Versicherungsnummer	RINR	21720
Bereits Kunde? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherungs-/Kundennummer:	

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

### 1 Antragsteller (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	Berufliche Tätigkeit		Branche		
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> voll berufstätig <input type="checkbox"/> Selbstständiger/Firma/Verein <input type="checkbox"/> Hausmann/nicht berufstätig		<input type="checkbox"/> Angest./Arbeiter im öff. Dienst <input type="checkbox"/> Kind/Schüler/Student <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer		
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**	<input type="checkbox"/> ja, für Telefonnummer	<input type="checkbox"/> ja, für Telefaxnummer	<input type="checkbox"/> ja, für E-Mail	<input type="checkbox"/> 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"/> Lastschriftverfahren	
<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"/> 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 Einzugstermine 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	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	Berufliche Tätigkeit		Branche		
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> voll berufstätig <input type="checkbox"/> Selbstständiger/Firma/Verein <input type="checkbox"/> Hausmann/nicht berufstätig		<input type="checkbox"/> Angest./Arbeiter im öff. Dienst <input type="checkbox"/> Kind/Schüler/Student <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer		
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:

<input type="text"/>	Nr.:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
----------------------	------	----------------------	---	----------------------

**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.

**Gesundheitserklärung und weitere Angaben zum Antrag für monatliche Rentenleistungen bis einschließlich 3.000 EUR Formular-Nr. 23954xx beifügen. Für monatliche Rentenleistungen ab 3.001 EUR oder EXKLUSIV-Option Formular-Nr. 22021XX beifügen.**

Produkt <input type="checkbox"/> KOMFORT <input type="checkbox"/> KOMFORT-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	Gesamtbeitrag (brutto) in EUR	Beitrag (brutto) der Hauptversicherung in EUR
Beitrag (brutto) der Worst-Case Kapitalhilfe in EUR			Bei der 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 Grundfähigkeitsrente in EUR	Ablauf Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer	Leistungsdauer	Qualifizierung berufliche Weiterbildung (zur Einstufung in Berufsgruppe erforderlich): <input type="checkbox"/> Weiterbildung zum Meister
	0:00 Uhr	0:00 Uhr	0:00 Uhr	

**Überschussverwendung: Beitragsverrechnung**  
Die Überschüsse bei beitragsfreien Versicherungen werden zur verzinslichen Ansammlung verwendet.

**EXKLUSIV-Option für unter 30-jährige** (Erläuterungen siehe "Wichtige Hinweise")  
Umtauschrecht Ihrer Grundfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung (Hinweis: bei Vereinbarung dieser Option sind die Fragen des Formulars 22021xx zu beantworten).

**Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall**  
Während unserer Leistungspflicht erhöhen wir die Grundfähigkeitsrente jährlich um einen festen Prozentsatz von  % (ganzzahlig von 1 bis 3 %).

**Worst-Case Kapitalhilfe** (Erläuterungen siehe "Wichtige Hinweise")  
Einmalige Zahlung der Versicherungssumme aus der Worst-Case Kapitalhilfe in Höhe der vereinbarten Grundfähigkeits-Jahresrente

**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

**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 <a href="http://www.signal-iduna.de/datenschutzinfo">http://www.signal-iduna.de/datenschutzinfo</a> 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 des Verlustes einer Grundfähigkeit oder wegen einer Pflegebedürftigkeit oder wegen einer schweren Krankheit 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 der Seite 4. 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

ADVNR \_\_\_\_\_ Aushändigung durch  HV  ADP

Unterschrift Vermittler \_\_\_\_\_

**Bitte denken Sie an Ihre Daten: ADVNR, GD- und BTR-Nummer! Siehe auch Seite 4 „Nur für interne Vermerke der SIGNAL IDUNA Gruppe“.**

# Wichtige Hinweise

Versicherungsnehmer (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

## Vertragsgrundlagen

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

## 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.

## Erläuterungen zur EXKLUSIV-Option

Sie haben einmalig das Recht, Ihre Grundfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung vollständig oder teilweise in eine dann von uns angebotene Berufsunfähigkeitsversicherung umzutauschen (Umtauschrecht).

Die genauen Voraussetzungen, ob und wann eine solcher Umtausch möglich ist, entnehmen Sie bitte den Bedingungen zur EXKLUSIV-Option.

## Erläuterungen zur Worst-Case Kapitalhilfe

Sie können gegen einen Mehrbeitrag die Worst-Case Kapitalhilfe in den Vertrag einschließen. Wir zahlen einmalig die Versicherungssumme, wenn

- bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer der Worst-Case Kapitalhilfe eine im Sinne der Bedingungen schwere Krankheit eintritt,
- die in den Bedingungen in Absatz 3 genannten Voraussetzungen der Wartezeit erfüllt sind und
- der Anspruch nach Ablauf der Karenzzeit entsprechend den Regelungen in Absatz 4 der Bedingungen entstanden ist.

### 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.						