

Postanschrift

Skandia Lebensversicherung AG
Postfach 21 01 50
10501 Berlin
Deutschland

Ihr Ansprechpartner:

Bereich Claims
Telefon: +49 (0)40 219 95 28 03
E-Mail: claims@ska-lv.de

Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit - Selbständige und Freiberufler

Sehr geehrte/r Kunde/in,

damit wir den Leistungsantrag prüfen können, brauchen wir nähere Auskünfte und Unterlagen von Ihnen.

Bitte füllen Sie den beigefügten "*Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit*" möglichst genau aus.

Zusätzlich benötigen wir noch die von Ihnen unterschriebene "*Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung*" zurück.

Wichtig:

Bitte entscheiden Sie sich auf dem beigefügten Vordruck für **EINE** der beiden Möglichkeiten.

Außerdem benötigen wir folgende Unterlagen:

- Berufsausbildungsnachweise
- Kopie von Arbeitszeugnissen
- Lebenslauf
- Einkommensteuerbescheide der letzten 3 Jahre
- Betriebswirtschaftliche Auswertungen der letzten 3 Jahre
- Gewerbeanmeldung
- Gewerbeabmeldung
- Bescheide von Sozialversicherungsträgern (z. B. Umschulungsbescheid, Bescheid über die Bewilligung von berufsfördernden Maßnahmen)
- Kopie Ihnen vorliegender medizinischer Unterlagen (Befundberichte, Arzt-, Krankenhausentlassungs-, Rehaberichte)
- Unterlagen über einen Unfall (sofern vorhanden)

Skandia Lebensversicherung AG
Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Tilo Dresig
Vorstand: Johannes Berkmann (Vors.),
Michael Sattler
Sitz: Neu-Isenburg, Amtsgericht
Offenbach am Main HRB 53321
Ust-ID-Nr.: DE815439158
Versicherungsumsätze sind
umsatzsteuerbefreit

- eine in Bild und Schrift gut erkennbare, gültige und bestätigte Ausweiskopie (Vorder- und Rückseite)

Die Bestätigung mit Datum, Unterschrift und dem Vermerk "Original lag vor" kann durch die Hausbank, einen Rechtsanwalt oder Steuerberater vorgenommen werden.

Wenn die derzeitige Wohnsitz-/ Meldeadresse nicht aus dem Dokument hervorgeht (z.B. Reisepass) oder es sich um einen ausländischen Wohnsitz handelt, benötigen wir zusätzlich einen aktuellen Nachweis, wie z.B. Mobilfunkrechnung, Stromrechnung oder lokale Meldebescheinigung, aus dem die derzeitige Wohnsitz-/ Meldeadresse hervorgeht. Aufgrund der geltenden geldwäscherechtlichen Anforderungen sind wir verpflichtet, Sie zu identifizieren und Ihre Identität zu überprüfen.

Nach § 8 Abs. 2 des Geldwäschegesetzes sind Lebensversicherungsunternehmen berechtigt und verpflichtet vollständige Ausweiskopien einzuholen und zu archivieren.

- Ihre Steueridentifikationsnummer

Für Ihren besseren Überblick haben wir eine Checkliste erstellt. Bitte kreuzen Sie einfach an, welche Unterlagen Sie beigefügt haben und nutzen Sie das Blatt für die Zusendung.

Aus rechtlichen Gründen noch folgender Hinweis:

Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind von Ihnen Auskunfts- oder Aufklärungspflichten zu erfüllen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang unsere beiliegende Mitteilung nach §28 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung dieser Pflichten.

Soweit es für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist, werden wir die von der Schweigepflicht entbundenen Personen und Institutionen befragen.

Sind Sie damit nicht einverstanden, können Sie uns die erforderlichen Informationen selbst zur Verfügung stellen. Bitte bedenken Sie dabei aber, dass keine Leistungen fällig werden können, solange uns die für die Prüfung notwendigen Unterlagen fehlen.

Bitte zahlen Sie die Beiträge zunächst weiter. Gegebenenfalls zu viel gezahlte Beiträge werden wir im Leistungsfall selbstverständlich erstatten.

Falls Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns bitte an.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Skandia Lebensversicherung AG

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten im Versicherungsfall

Sehr geehrte/r Kunde/in,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten/Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und in einer angemessenen Frist jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns in einer angemessenen Frist Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens - ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust - kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertraglichen Leistungen nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Bitte zurücksenden an:

Skandia Lebensversicherung AG
Bereich Claims
Postfach 21 01 50
10501 Berlin

Leistungsantrag Berufsunfähigkeit

Versicherungs-Nr. _____

Versicherte Person:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit
- Berufsausbildungsnachweise
- Kopie von Arbeitszeugnissen
- Lebenslauf
- Einkommensteuerbescheide der letzten 3 Jahre
- betriebswirtschaftliche Auswertungen der letzten 3 Jahre
- Gewerbeanmeldung
- Gewerbeabmeldung
- Bescheide von Sozialversicherungsträgern (z. B. Umschulungsbescheid, Bescheid über die Bewilligung von berufsfördernden Maßnahmen)
- Kopie Ihnen vorliegender medizinischer Unterlagen (Befundberichte, Arzt-, Krankenhausentlassungs-, Rehaberichte)
- Unterlagen über einen Unfall
- eine bestätigte Kopie Ihres Personalausweises/Reisepasses
- Ihre Steueridentifikationsnummer
- sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Informationen zum Leistungsantrag wegen Berufsunfähigkeit

Für die Erhebung personenbezogener Daten gelten sehr eng gefasste Vorschriften. Dies gilt insbesondere auch für die Daten, die in direktem Zusammenhang mit Ihrem Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit stehen (z.B. Gesundheitsdaten). Diese brauchen wir jedoch, um Ihre Ansprüche zu prüfen.

Aufgrund der Vielzahl denkbarer Fallgestaltungen können wir nicht bereits jetzt alle Stellen namentlich benennen, auf deren Auskünfte wir bei der Prüfung Ihres Leistungsantrags angewiesen sind. Deshalb ist dem Leistungsantrag eine allgemeine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung beigelegt.

Bitte entscheiden Sie sich auf dem Vordruck für **EINE** der beiden Möglichkeiten und denken Sie daran, diese **zu unterschreiben**.

Wenn Sie die pauschale Entbindung nicht erteilen wollen, können Sie uns für jedes Auskunftersuchen eine Einzelermächtigung geben. Dies verzögert allerdings die Bearbeitung Ihres Leistungsantrags.

Selbstverständlich können Sie auch die erforderlichen Auskünfte und medizinischen Unterlagen selbst beibringen. Die jeweiligen Anforderungen erhalten Sie in diesem Fall von uns.

Bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis auf der letzten Seite des Leistungsantrags.

Grundsätzliche Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu. Dadurch tragen Sie zu einer raschen Regulierung bei und helfen uns unnötige Rückfragen zu vermeiden.

Beachten Sie bitte hierzu auch den Hinweis, zum Verlust des Leistungsanspruches bei unwahren oder unvollständigen Angaben, auf der letzten Seite des Leistungsantrags.

Hinweise und Ausfüllhilfe zum Leistungsantrag

Sie erleichtern uns die Bearbeitung Ihres Antrags, wenn Sie bei der Beantwortung der Fragen folgende Punkte beachten.

Teil I ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Zu Frage 1.

Ihre Einschätzung ist für uns wichtig. Bitte tragen Sie deshalb den Zeitpunkt / Zeitraum ein, ab dem Sie aus gesundheitlichen Gründen Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben können. Nennen Sie uns auch Ihre Gesundheitsstörung / Erkrankung / Beschwerden bitte so detailliert wie möglich.

Zu Frage 2.

Angaben zu einem eventuellen Unfallgeschehen sowie weitere Unfallunterlagen (z.B. Fotos vom Unfallort, Zeitungsberichte etc.) helfen uns, ein Gesamtbild für die Beurteilung Ihres Leistungsfalles zu erhalten.

Zu Frage 3. bis 4.

Bitte nennen Sie uns möglichst alle von Ihnen bisher konsultierten Ärzte/Fachärzte, Krankenhäuser, Therapeuten und deren Facheinrichtungen einschließlich der vollständigen Adresse. Wir erhalten somit einen besseren Überblick über den Krankheitsverlauf und können dank dieser Angaben schneller und zielgerichtet nachfragen. Welche Ärzte und/oder Einrichtungen wir um Auskünfte bitten, teilen wir Ihnen jeweils schriftlich mit.

Zu Frage 5.

Damit wir beurteilen können, ob Sie berufsunfähig sind, müssen wir wissen, wie sich Ihre gesundheitlichen Beschwerden auf Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit auswirken.

Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) sind u.a.:

- Arbeitsplatzversetzung /-umgestaltung /-umorganisation
- Einsatz von technischen Hilfsmitteln
- Betriebliche Qualifizierungsmaßnahmen

Teil II. ANGABEN ZUM BERUF UND BERUFLICHEN WERDEGANG

Zu Frage 6. bis 9.

Die genaue Kenntnis Ihres beruflichen Werdegangs und Ihrer Fähigkeiten ist Grundvoraussetzung für unsere Leistungsprüfung.

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.

Zu Frage 10. bis 20.

Diese Fragen sind für die Leistungsbeurteilung besonders wichtig. Geben Sie bitte möglichst genau an, welche Teiltätigkeiten Sie vor Ihrer Erkrankung ausgeübt haben bzw. noch ausüben. Geben Sie bitte außerdem an, wie lange Sie für diese Tätigkeiten gebraucht haben bzw. noch brauchen. Damit können wir beurteilen, wie sich Ihre gesundheitlichen Beschwerden auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit auswirken bzw. ausgewirkt haben.

Es gibt Berufe, bei denen man die Teiltätigkeiten nicht auf einen Tag aufschlüsseln kann, z.B. bei einem Landwirt, dessen Arbeit saisonabhängig ist. Sollte dies auf Ihre Tätigkeit zutreffen, können Sie die Zeitangaben auch auf eine Woche, einen Monat oder ein Jahr beziehen. Bitte geben Sie aber dann den Zeitraum Ihrer Schilderung deutlich an.

Sollte Ihnen eine zeitliche Einteilung nicht möglich sein, können Sie auch eine prozentuale Verteilung vornehmen.

Bitte beachten Sie, dass die Summe Ihrer aufgelisteten Teiltätigkeiten mit den zeitlichen / prozentualen Angaben pro Tag / Woche / Monat übereinstimmen.

Beispiel Bäcker

Handwerkliche und körperliche Aufgaben	Tag	Woche
Herrichten von Blechen	2 Std. 30 Min.	15 Std.
Rezeptgenaues Abwiegen von Rohstoffen	0 Std. 30 Min	3 Std.
Herstellen von Broten und anderen Backwaren	3 Std. 0 Min.	15 Std.
Reinigen und Pflegen von Arbeitsgeräten	1 Std. 0 Min.	5 Std.

Leitende bzw. Aufsicht führende Aufgaben	Tag	Woche
Beaufsichtigen/Ausbildung der Azubis	2 Std. 0 Min.	10 Std.

Besonderheit bei Frage 15.

Für Angestellte / Beamte

Bitte geben Sie an, ob Sie derzeit eine andere Tätigkeit ausüben und beschreiben Sie diese Tätigkeit und die Unterschiede ausführlich.

Falls Sie eine andere Tätigkeit ausüben, reichen Sie bitte aktuelle Einkommensnachweise für dieser Tätigkeit ein.

Für Selbständige / Freiberufler

Bitte beschreiben Sie uns mögliche Veränderungen in Ihrem Betrieb / Unternehmen (z.B. veränderter Personaleinsatz, Mitarbeit von Familienmitgliedern etc.).

Falls sich Änderungen bei Ihnen im Betrieb ergeben und diese Auswirkung auf Ihr Einkommen / Unternehmenskennzahlen haben, reichen Sie bitte entsprechende Einkommensnachweise / betriebswirtschaftliche Auswertungen ein.

Teil III. RAUCHVERHALTEN

Zu Frage 21.

Raucher im Sinne der allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ist, wer innerhalb des letzten Jahres Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak geraucht hat. Passivrauchen ist kein Rauchen im Sinne dieser Bedingungen.

Teil IV. ANGABEN ZUM WEITEREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Zu Frage 22. bis 24.

Grundsätzlich prüfen wir Ihre Ansprüche auf Leistungen nach den dem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen und orientieren uns nicht an der Entscheidung anderer Gesellschaften oder Institutionen/Behörden. Es kann jedoch sinnvoll sein, wenn wir auf bereits bei anderen Gesellschaften/Institutionen vorliegende medizinische Unterlagen zurückgreifen können. Dadurch lassen sich unnötige Anforderungen und Untersuchungen vermeiden.

Am Ende des Leistungsantrags

Wenn Sie uns Ihre telefonischen Kontaktdaten mitteilen, können wir unklare Sachverhalte mit Ihnen einfacher und schneller klären.

Bitte beachten Sie, dass wir bei Zahlungen an eine andere Person als den Versicherungsnehmer dem Finanzamt gegenüber meldepflichtig sind. Das kann zur Folge haben, dass Schenkungssteuer gezahlt werden muss.

Weitere wichtige Informationen zur Prüfung der Berufsunfähigkeit

- **Ist eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit der Nachweis, dass Sie im Sinne der Versicherungsbedingungen berufsunfähig sind?**

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit entstammt dem Krankenversicherungsrecht. Eine Arbeitsunfähigkeit als arbeits- und krankenversicherungsrechtlicher Begriff bescheinigt lediglich, dass zum Zeitpunkt der Feststellung die berufliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Somit wird also nur der Zeitraum einer Erkrankung bescheinigt, nicht jedoch, wie stark Sie krankheitsbedingt in Ihrer konkreten beruflichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind.

Aus diesem Grund beinhaltet eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit nicht automatisch auch den Nachweis für eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit.

- **Ist ein festgestellter Grad der Behinderung (GdB) gleich dem Grad einer Berufsunfähigkeit?**

Der GdB wird unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf beurteilt. Eine individuelle berufliche Tätigkeit, die möglicherweise trotz einer schweren Behinderung noch weiter ausgeübt werden kann, wird nicht berücksichtigt. Der GdB, wie er im Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (SchwbG) definiert ist, erlaubt daher keine Rückschlüsse auf den Grad einer möglichen Berufsunfähigkeit im Sinne der zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen bzw. lässt keine Rückschlüsse auf das Ausmaß der (beruflichen) Leistungsfähigkeit zu.

Hinzu kommt, dass sich der GdB bei bestimmten Erkrankungen für die Dauer der Heilungsbewährung erhöht. Er entspricht somit nicht dem Umfang der konkreten Funktionsbeeinträchtigung. Eine solche Regelung sehen die Bedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht vor. Hier werden nur ärztlich nachgewiesene Erkrankungen und die dadurch tatsächlich entstehenden Beeinträchtigungen berücksichtigt.

- **Wie und von wem wird der Grad der Berufsunfähigkeit ermittelt?**

Der Grad Ihrer Berufsunfähigkeit muss mindestens 50% betragen. Die Festlegung dieses Grades erfordert zwingend eine möglichst genaue Klärung der Frage, wie sich die ärztlich nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung auf Ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit auswirkt.

Erst wenn Ihr konkretes berufliches Belastungsprofil mit all seinen Einzeltätigkeiten und Einzelanforderungen im Detail bekannt ist, können die gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen jeder einzelnen beruflichen Tätigkeit, Aufgabe und Anforderung zugeordnet werden.

In einigen Fällen kennen die behandelnden Ärzte das jeweils genaue berufliche Anforderungsprofil nicht. In anderen liegen diesen nicht die erforderlichen Informationen und Kenntnisse vor, die sie für eine sachgerechte Zuordnung der gesundheitlichen Funktionseinbußen auf die einzelnen beruflichen Tätigkeitsfelder brauchen. Eine zuverlässige Bestimmung des Berufsunfähigkeitsgrades ist daher auf dieser Grundlage nicht möglich.

Im Rahmen unserer Prüfung hingegen ermitteln wir alle erforderlichen Informationen und klären etwaige Informationslücken. Erst jetzt kann zuverlässig ein „Gesamtbild der beruflichen Einschränkungen“ erstellt werden, das Ihrem Grad der Berufsunfähigkeit entspricht.

Bitte zurücksenden an:

Skandia Lebensversicherung AG
Bereich Claims
Postfach 21 01 50
10501 Berlin

Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit Selbständige und Freiberufler

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

I. ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND**Ab welchem Zeitpunkt machen Sie Leistungsansprüche geltend? Ab dem _____**

1. Wegen welcher Gesundheitsstörungen sind Sie in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?

Gesundheitsstörung	von Monat/Jahr	bis Monat/Jahr

2. Hat ein Unfall zu den Gesundheitsstörungen geführt? Ja nein **Wenn ja, machen Sie hier bitte weitere Angaben zum Unfall**

Wann ereignete sich der Unfall?	
Wo ereignete sich der Unfall?	
Welche Polizeidienststelle ist zuständig?	
Wie lautet das Aktenzeichen?	

Bitte schildern Sie den Unfallhergang auf einem gesonderten Blatt.

3. Von wem werden bzw. wurden Sie untersucht, beraten oder behandelt?

Name, Vorname	Anschrift (PLZ, Ort, Straße)	Fachgebiet	Behandlungszeit- raum
Hausarzt			
Fachärzte			
Therapeuten			
Kliniken			

Welcher der oben genannten Ärzte kann uns am besten über Ihren Gesundheitszustand informieren?

4. Welche Untersuchungen, Behandlungen, Therapien etc. sind noch geplant?

Untersuchungen, Behandlungen, Therapien	Zeitraum	Name und Anschrift

5. Sind oder waren Sie arbeitsunfähig krankgeschrieben?

Wenn ja,	
Beginn/Ende der Arbeitsunfähigkeit	Attestiert durch (Name und Anschrift des Arztes)

In welchem Umfang sind Sie in der Ausübung Ihrer Tätigkeit eingeschränkt? Bitte schildern Sie uns die Art und den Umfang Ihrer Einschränkungen.

II. ANGABEN ZUM BERUF UND BERUFLICHEN WERDEGANG
(Bitte unbedingt entsprechende Nachweise beifügen.)

6. Welche Schulausbildung haben Sie wann abgeschlossen? Bitte ankreuzen.

Schule	Datum	Schule	Datum
<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> Fachoberschule	
<input type="checkbox"/> Hauptschule		<input type="checkbox"/> Abitur	
<input type="checkbox"/> Realschule		<input type="checkbox"/>	

7. Welche Berufsausbildung haben Sie gemacht? Bitte ankreuzen.

Berufsausbildung	Beruf	Beginn	Ende	Erfolgreicher Abschluss
<input type="checkbox"/> keine				
<input type="checkbox"/> aktuelle Ausbildung				
<input type="checkbox"/> Gesellenprüfung				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Meisterprüfung				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Kaufmannsgehilfenbrief				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Studium				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Welche Tätigkeiten haben Sie bisher ausgeübt?
 Bitte schildern Sie den beruflichen Werdegang in zeitlicher Reihenfolge.

berufliche Tätigkeiten	von	bis	Arbeitgeber (Name und Anschrift)

9. Haben Sie an Weiterbildungen teilgenommen oder sich sonstige Fähigkeiten/Kenntnisse angeeignet (z. B. Computerkurs)? Ja nein

Art der Weiterbildung/Qualifikation	von	bis

10. Waren Sie bei Eintritt Ihrer Erkrankung selbstständig tätig?

Ja nein

Wenn ja,			
seit wann?			
in welcher Branche/Geschäftszweig sind Sie tätig?			
wie lautet der Firmenname Ihres Betriebes?			
wie lautet die Firmenanschrift?			
haben Sie eine Firmen-Homepage?	www. _____		
sind Sie noch für andere Betriebe tätig, ggf. welche?			
wie lautet Ihre genaue Tätigkeits-/Funktionsbezeichnung?			
arbeiten Familienmitglieder im Betrieb mit?	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wer und in welcher Funktion?		
	Name	Funktion	Stunden
wie viele Mitarbeiter haben Sie beschäftigt?	_____ Mitarbeiter		
- davon im Einzelnen	Funktion	Anzahl	Stunden

11. An welchen Wochentagen haben Sie regelmäßig gearbeitet?

Wochentag	Stunden	Schicht	Uhrzeit von - bis
Montag		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Dienstag		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mittwoch		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Donnerstag		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Freitag		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Samstag		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonntag		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

12. Worin bestand Ihre berufliche Tätigkeit im Einzelnen **vor** Eintritt der jetzigen gesundheitlichen Beschwerden an einem gewöhnlichen Arbeitstag?

Beschreiben Sie bitte die jeweiligen Teiltätigkeiten und tragen Sie jeweils den durchschnittlichen Zeitaufwand ein. **Nennen Sie** ggf. weitere Teiltätigkeiten, die Sie ausgeübt haben!

Handwerkliche und körperliche Aufgaben	Tag	Woche
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.

Kaufmännische Aufgaben	Tag	Woche
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.

Leitende bzw. aufsichtsführende Aufgaben	Tag	Woche
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.

Sonstige Aufgaben	Tag	Woche
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.
	____ Std.	____ Std.

13. Welche der genannten Tätigkeiten können Sie aufgrund Ihrer gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr ausüben?

Teiltätigkeit	Einschränkung	
	teilweise	vollständig

14. Welche Hilfsmittel standen Ihnen zur Verfügung?
(z. B. höhenverstellbarer Schreibtisch, Hubwagen etc.)

Art des Hilfsmittels	Häufigkeit der Nutzung

15. Haben sich aufgrund Ihrer Erkrankung Änderungen im Betrieb ergeben? Ja nein

Wenn ja, schildern Sie uns bitte die Art und den Umfang der Veränderung.	
Wann haben Sie die Veränderung vorgenommen?	
In welcher Art (z. B. Übernahme von anderen Aufgaben)?	
Führen Sie den Betrieb weiter?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Musste für Sie eine Ersatzkraft eingestellt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Planen Sie die Abmeldung, Ummeldung, den Verkauf oder die Verpachtung des Betriebes?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Welche Familienmitglieder arbeiten heute in Ihrem Betrieb?	Name	Funktion	Stunden
Wie viele Mitarbeiter beschäftigen Sie zurzeit?	_____ Mitarbeiter		
	Name	Funktion	Stunden
- davon im Einzelnen			

16. Welche Anforderungen und Belastungen bestanden für Sie bei der Ausübung der Tätigkeit vor Beginn Ihrer gesundheitlichen Einschränkungen?

Gehen				Heben und Tragen von Lasten bis ____ kg					
	ständig				ständig				
	überwiegend				überwiegend				
	manchmal				manchmal				
Stehen				Sitzen					
	ständig				ständig				
	überwiegend				überwiegend				
	manchmal				manchmal				
Beanspruchung des Armes				Beanspruchung des Beines					
	rechts	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark		rechts	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
	links	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark		links	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Besondere Beanspruchung...									
	des Hörvermögens					des Sehvermögens			
	der Handgeschicklichkeit					der Fingerfertigkeit			
	der Kommunikationsfähigkeit					des Konzentrationsvermögens			
	der Koordinationsfähigkeit					der Merkfähigkeit			
	der Reaktionsfähigkeit					des logischen Denkvermögens			
Gebückte Haltung					Überkopfarbeiten				
	ständig					ständig			
	überwiegend					überwiegend			
	manchmal					manchmal			

knieend		hockend	
<input type="checkbox"/>	ständig	<input type="checkbox"/>	ständig
<input type="checkbox"/>	überwiegend	<input type="checkbox"/>	überwiegend
<input type="checkbox"/>	manchmal	<input type="checkbox"/>	manchmal
Arbeit ...			
<input type="checkbox"/>	in geschlossenen Räumen	<input type="checkbox"/>	im Freien
<input type="checkbox"/>	unter Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	im Akkord
<input type="checkbox"/>	auf Gerüsten und Leitern	<input type="checkbox"/>	in unebenem Gelände
<input type="checkbox"/>	an laufenden Maschinen	<input type="checkbox"/>	am Fließband
<input type="checkbox"/>	im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen	<input type="checkbox"/>	mit besonderer geistiger Beanspruchung
<input type="checkbox"/>	bei Kälte	<input type="checkbox"/>	bei Hitze
<input type="checkbox"/>	bei Lärm	<input type="checkbox"/>	bei Nässe
<input type="checkbox"/>	in Zugluft	<input type="checkbox"/>	mit starken Temperaturschwankungen
<input type="checkbox"/>	mit Gasen	<input type="checkbox"/>	mit Dämpfen
<input type="checkbox"/>	regelmäßig auf Montage	<input type="checkbox"/>	mit regelmäßigen Geschäftsreisen
Fahren eines LKWs		Fahren eines PKWs	
<input type="checkbox"/>	ständig täglich _____ Std.	<input type="checkbox"/>	ständig täglich _____ Std.
<input type="checkbox"/>	manchmal bis zu _____ Std.	<input type="checkbox"/>	manchmal bis zu _____ Std.
Tragen von Schutzkleidung			
<input type="checkbox"/>	Ja, Art: _____ <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/>	Nein

17. Hat sich Ihre Erkrankung auf Ihre beruflich erzielten Einkünfte ausgewirkt? ja nein

Wenn ja, ...	
wie hoch ist Ihr derzeitiges monatliches Bruttoeinkommen? Bitte Nachweise beifügen.	_____ Euro

18. Beabsichtigen Sie wieder eine Tätigkeit aufzunehmen? ja nein

Wenn ja, ...	
wann?	Datum: _____
welche?	<input type="checkbox"/> die ursprüngliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> _____
zeitlicher Umfang?	_____ Stunden pro Tag / _____ Stunden pro Woche
an welchen Wochentagen?	<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag

19. Ist eine Umschulung oder eine andere Berufsfördermaßnahme vorgesehen? ja nein

Maßnahme	Beginn	Ende	Qualifikation/neuer Beruf	Kostenträger
Schule				
Studium				
Umschulung				
Lehrgang				
sonstige				

Bitte fügen Sie Kopien entsprechender Kopien des Kostenträgers bei.

20. Ist eine Wiedereingliederung geplant oder hat eine stattgefunden? ja nein

Wenn ja:		
von	bis	Anzahl der Stunden

Bitte fügen Sie eine Kopie des Wiedereingliederungsplans bei.

III. ANGABEN ZUM WEITEREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

21. Bestehen für Sie auch noch bei anderen Versicherungsunternehmen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-/ Erwerbsminderungsversicherungen?

Haben Sie dort bereits einen Leistungsantrag gestellt? ja nein

Versicherungsunternehmen	Anschrift	Versicherungsnummer

22. Haben Sie grundsätzlich Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente bei der Sozialversicherung (Deutsche Rentenvers. Bund (BfA), LVA ...)? ja nein

Wenn ja:		
Beziehen Sie Rente von der Sozialversicherung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____ Bitte alle Rentenbescheide und letzten Anpassungsbescheid vollständig beifügen!
Haben Sie Rente beantragt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, beantragt am _____
Werden Sie Rente beantragen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil _____
Wurde Ihr Rentenanspruch abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am _____ Bitte schicken Sie uns eine Kopie vom Ablehnungsbescheid.
Haben Sie einen Widerspruch erhoben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am _____

Rentenversicherung	Anschrift	Versicherungsnummer

23. Haben Sie Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) beantragt? ja nein

Berufsgenossenschaft	Anschrift	Versicherungsnummer

24. Wo waren Sie in den letzten 10 Jahren krankenversichert?

Krankenkasse	Anschrift	Versicherungsnummer

ich bin tagsüber telefonisch erreichbar:

privat _____ geschäftlich _____

Die Leistungen sollen überwiesen werden:

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Steueridentifikations-Nr. : _____

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Fragen richtig und vollständig beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen führen. Dieser Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen tritt stets auch in dem Fall ein, dass die bewusst unwahren oder unvollständigen Angaben für die Skandia Lebensversicherung AG keine nachteiligen Folgen haben, und zwar unabhängig von der Lage des Einzelfalls.

Ich willige ferner ein, dass die Skandia Lebensversicherung AG im erforderlichen Umfang Daten, die ihr im Rahmen der Prüfung der Ansprüche wegen Berufsunfähigkeit bekannt werden, an ihre beratenden Ärzte, Rehabilitationspartner und Gesellschaften sowie Rückversicherer zur Beurteilung des Grades der Berufsunfähigkeit weitergibt.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Jetzt haben Sie es fast geschafft!

Bitte entscheiden Sie sich noch auf der nächsten Seite für EINE Art der "Entbindung von der Schweigepflicht" und denken Sie daran, diese zu unterschreiben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Leistungsfall Berufsunfähigkeit Versicherungs-Nr.: _____

Zu unterschreiben von der versicherten Person

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht ist es erforderlich, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse zu prüfen, die Sie zur Begründung Ihres Anspruchs gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes) ergeben. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns, sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschätzte Informationen weitergegeben werden müssen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft bei der Skandia Lebensversicherung AG schriftlich zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten eine Prüfung Ihres Leistungsanspruchs in der Regel nicht möglich sein wird.

Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

Zu meinem Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gebe ich folgende Erklärung ab:

Bitte entscheiden Sie sich für EINE der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Möglichkeit I

Ich willige ein, dass die

Skandia Lebensversicherung AG

meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Die Skandia Lebensversicherung AG darf auch externe Spezialisten (z. B. Rehabilitationsberater, Berufsberater, Sachverständige für Berufskunde, Therapeuten) zur Prüfung meines Anspruchs sowie zu Zusatzangeboten befragen und die dafür erforderlichen Unterlagen an diese weiterleiten.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Skandia Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Skandia Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Skandia Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II

O Ich wünsche, dass mich die

Skandia Lebensversicherung AG

in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Skandia Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Skandia Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann und die hierdurch entstehenden zusätzlichen Kosten von mir zu tragen sind.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Skandia Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Leistungsfall Berufsunfähigkeit Versicherungs-Nr.: _____

Zu unterschreiben von der versicherten Person

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Dieses Exemplar ist für Ihre Unterlagen bestimmt

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht ist es erforderlich, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse zu prüfen, die Sie zur Begründung Ihres Anspruchs gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes) ergeben. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns, sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschätzte Informationen weitergegeben werden müssen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft bei der Skandia Lebensversicherung AG schriftlich zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten eine Prüfung Ihres Leistungsanspruchs in der Regel nicht möglich sein wird.

Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

Zu meinem Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gebe ich folgende Erklärung ab:

Bitte entscheiden Sie sich für EINE der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Möglichkeit I

Ich willige ein, dass die

Skandia Lebensversicherung AG

meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Die Skandia Lebensversicherung AG darf auch externe Spezialisten (z. B. Rehabilitationsberater, Berufsberater, Sachverständige für Berufskunde, Therapeuten) zur Prüfung meines Anspruchs sowie zu Zusatzangeboten befragen und die dafür erforderlichen Unterlagen an diese weiterleiten.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Skandia Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Skandia Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Skandia Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II

O Ich wünsche, dass mich die

Skandia Lebensversicherung AG

in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Skandia Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Skandia Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann und die hierdurch entstehenden zusätzlichen Kosten von mir zu tragen sind.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Skandia Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person