

[www.ska-lv.de](http://www.ska-lv.de)

**Postanschrift**  
Skandia Lebensversicherung AG  
Postfach 21 01 50  
10501 Berlin  
Deutschland

**Ihr Ansprechpartner zum Vertrag:**  
Servicecenter  
Telefon: +49 40 219 95 89 00  
E-Mail: [claims@ska-lv.de](mailto:claims@ska-lv.de)

Sie erreichen uns Montag bis Freitag  
von 8 bis 18 Uhr

## Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit - Angestellte und Beamte

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
- Dezember-Gehaltsabrechnungen der letzten 3 Jahre
- 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**  
Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Dr. Heinz-Peter Roß  
Vorstand:  
Dr. Tilo Dresig (Vorsitzender),  
Johannes Berkmann, Markus  
Eschbach, 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

**Skandia Lebensversicherung AG**  
Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Dr. Heinz-Peter Roß  
Vorstand:  
Dr. Tilo Dresig (Vorsitzender),  
Johannes Berkmann, Markus  
Eschbach, Michael Sattler  
Sitz: Neu-Isenburg, Amtsgericht  
Offenbach am Main HRB 54117  
Ust-ID-Nr.: DE312745754  
Versicherungsumsätze sind  
umsatzsteuerbefreit

## **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 beigelegt:

- Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit
- Berufsausbildungsnachweise
- Kopie von Arbeitszeugnissen
- Lebenslauf
- Einkommensteuerbescheide der letzten 3 Jahre
- Dezember-Gehaltsabrechnungen der letzten 3 Jahre
- 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 Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

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

### 1. Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu. Dadurch tragen Sie zu einer raschen Regulierung bei und helfen, unnötige Rückfragen zu vermeiden.

### 2. Anschriften

Geben Sie bitte die Anschriften (Ärzte, Krankenhäuser, Polizeidienststelle, Staatsanwaltschaft, Arbeitgeber usw.) immer vollständig an.

### 3. Frage 11: Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit

Diese Frage ist für uns besonders wichtig. Geben Sie bitte möglichst genau an, welche Teiltätigkeiten Sie vor Ihrer Erkrankung ausgeübt haben bzw. ausüben. Geben Sie bitte außerdem an, wie lange Sie für diese Tätigkeiten gebraucht haben bzw. brauchen.

Da es auch Berufe gibt, bei denen man die Teiltätigkeiten nicht auf einen Tag beziehen kann, wie z.B. beim Landwirt, dessen Arbeit saisonabhängig ist, können Sie bei Bedarf die Zeitanangaben auch auf eine Woche, einen Monat oder ein Jahr beziehen. Bitte geben Sie aber dann den Zeitraum deutlich an.

#### 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.

### 4. Frage 15: Welche berufliche Tätigkeit üben Sie heute noch aus?

Bitte geben Sie bei dieser Frage an, ob Sie jetzt eine andere Tätigkeit ausüben. Bitte beschreiben Sie diese Tätigkeit und die Unterschiede ausführlich.

Bitte zurücksenden an:

Skandia Lebensversicherung AG  
Bereich Claims  
Postfach 21 01 50  
10501 Berlin

## Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit Angestellte und Beamte

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
<b>Hausarzt</b>			
<b>Fachärzte</b>			
<b>Therapeuten</b>			
<b>Kliniken</b>			

**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. 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	

11. 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.

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

Teiltätigkeit	Einschränkung	
	teilweise	vollständig

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

Art des Hilfsmittels	Häufigkeit der Nutzung

14. Welche Ausbildungen und Kenntnisse sind/waren für die Ausübung Ihrer Tätigkeit erforderlich?

Notwendige Ausbildungen und Kenntnisse	
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> kurze Einarbeitung und Einweisung
<input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> inner- oder außerbetriebliche Ausbildung

15. Üben Sie aktuell eine berufliche Tätigkeit aus?  ja  nein

Wenn ja, schildern Sie uns bitte die Art und den Umfang Ihrer jetzigen Tätigkeit	
Seit wann üben Sie diese Tätigkeit aus?	
Erfolgte der Tätigkeitswechsel aufgrund der bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Inwiefern unterscheidet sich Ihre jetzige Tätigkeit von Ihrer zuletzt in gesunden Tagen ausgeübten Tätigkeit?	

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? <b>Bitte Nachweise beifügen.</b>	_____ 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 Rentenversicherung 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 Rentenantrag 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