

Geschäftspartner / Berufsunfähigkeit / Januar 2025

Antrag zur Erweiterung des neuen Vertrags im Rahmen der Ausbau- & Nachversicherungsgarantie

Versicherungs-Nr. des bestehenden Vertrags: _____

Gewünschte Features (Leistungserweiterung gegenüber dem Ursprungsvertrag):

Garantierte Rentensteigerung¹ _____ %

Beitragsfreie Dynamik² _____ %

Arbeitsunfähigkeitsleistung³

Einmalige Leistung bei erstmaliger BU⁴ _____ in % der Jahresrente

¹ Zwischen 1 % - 3 % wählbar

² Bis 5 % ohne Gesundheitsfrage einschließbar! Bis 10 % möglich, maximal doppelte Höhe der Beitragsdynamik

³ Bei SBU und Schicht 3

⁴ Zwischen 10 % - 100 % wählbar, bei SBU und Schicht 3

Wir bitten die **versicherte Person**, die folgende Frage wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Wird mit „ja“ geantwortet, sind die Einzelheiten bitte unter „nähere Angaben“ zu erläutern.

Sind Sie **in den letzten 3 Jahren** von Ärzten, Psychologen, Heilpraktikern, Therapeuten (Osteopathen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten) oder anderen nichtärztlichen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden? nein ja

Nähere Angaben:

pv 455.03-01.2025

Hinweis: Nicht angegeben werden müssen hier Vorsorge- oder Eignungsuntersuchungen ohne krankhaften Befund und Behandlungen / Untersuchungen wegen bis zu 3 Wochen anhaltenden und nicht mehr als 3-mal in 12 Monaten aufgetretenen, folgenlosen Infektionskrankheiten.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer (falls nicht versicherte Person)