

Service-Center MetallRente.Arbeitskraftabsicherung 85746 Garching b. München

FI	RAGEBOGEN Vorversicherung		
Ve	rsicherung Nr. rsicherungsnehmer rsicherte Person		
Sie haben uns angegeben bzw. wir haben erfahren, dass bereits zu einem früheren Zeitpunkt ein Antrag bei einem anderen Versicherungsunternehmen ge- stellt wurde.			Welche Ärzte haben Sie damals im Antrag genannt?
			Name
Zur weiteren Bearbeitung Ihres Antrages bitten wir Sie um Beantwortung der nachfolgenden Fragen.			Anschrift Wir möchten Sie darüber unterrichten, dass wir die genannten Ärzte zur Abklärung Ihrer gesundheitlichen Situation befragen
1.	Name des Versicherungsunternehmens:	4.	Wurde Ihnen eine Erschwerung (Risikozu- schlag, Ausschlussklausel) angeboten oder wurde der Vertrag abgelehnt?
2.	In welchem Jahr haben Sie den Versicherungsantrag gestellt?		nein (bitte weiter mit Frage 6)AblehnungErschwerung, welche
3.	Welche Gesundheitsangaben haben Sie im damaligen Antrag gemacht? Bitte geben Sie die dort gemachten Angaben hier erneut an.	5.	Haben Sie die Erschwerung angenommen? iga nein

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland: Jörg Arnold Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München www.swisslife.de Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts mit Hauptsitz in Zürich Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677 Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Frank Schnewlin, Thomas Buess, Adrienne Corboud Fumagalli, Ueli Dietiker, Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker, Henry Peter, Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber, Klaus Tschütscher Deutsche Bank AG

IBAN DE93 7007 0010 0213 0243 00 BIC DEUT DE MM XXX

Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

FRAGEBOGEN Vorversicherung Versicherung Nr. Versicherte Person				
6. Höhe der jährlichen Berufs-/ Erwerbsunfähigkeitsrente	7. Besteht der Vertrag noch? ja nein wird gekündigt			
Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhafte Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz). Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.				
Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer Bei Firmen ist der Firmenstempel zwingend erforderlich (ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma) Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter			
Ort, Datum	Unterschrift Versicherte Person			