



# Antrag auf eine Skandia Dread Disease Versicherung

---

Skandia Lebensversicherung AG  
Kaiserin-Augusta-Allee 108  
10553 Berlin  
Hotline 01802/240310  
(6 Cent pro Anruf aus dem deutschen Festnetz)

Postfach 21 01 50  
10501 Berlin  
E-Mail: [info@skandia.de](mailto:info@skandia.de)  
<http://www.skandia.de>

Deutsche Bank AG  
BLZ 100 700 00  
Kto.-Nr. 069 662 501  
IBAN DE4510070000069662501  
BIC/SWIFT-Code DEUTDEBBXXX

Amtsgericht Charlottenburg  
HRB 39933  
Vorsitzender des Aufsichtsrates:  
Rafael Galdón

Vorstand:  
Johannes Friedrich (Vorsitz),  
Martina Backes,  
Sven Enger

# Antrag auf eine Skandia Dread Disease Versicherung

Bitte deutlich schreiben (Druckbuchstaben)

1 Antragsart  Neuantrag  Änderungs-Antrag für Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

2 Antragsteller (Versicherungsnehmer) Herr  Frau  Firma  Geburtsname \_\_\_\_\_ bereits Kunde  Ja  Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
Titel/Nachname, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Beruf/derzeitige Tätigkeit \_\_\_\_\_ Branche \_\_\_\_\_  
Berufsstellung \_\_\_\_\_  
 Arbeiter  Angestellter  Beamter  Selbstständiger  öffentl. Dienst  Rentner  Hausfrau  Schüler/Student  Auszubildender

3 Zu versichern-  
de Person (soweit nicht  
Antragsteller) Herr  Frau  Geburtsname \_\_\_\_\_ bereits Kunde  Ja  Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
Titel/Nachname, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Beruf/derzeitige Tätigkeit \_\_\_\_\_ Branche \_\_\_\_\_  
Berufsstellung \_\_\_\_\_  
 Arbeiter  Angestellter  Beamter  Selbstständiger  öffentl. Dienst  Rentner  Hausfrau  Schüler/Student  Auszubildender

Nach dem Tod des Versicherungsnehmers (Antragstellers) soll die versicherte Person an seiner Stelle allein aus der Versicherung berechtigt und verpflichtet werden.

4 Technische Daten der Versicherung  
Versicherungsbeginn  0  1 \_\_\_\_\_ Tarif (Erläuterungen siehe Rückseite)  DDB07 (Basis)  DDK07 (Komfort) Versicherungsdauer (entspricht der Beitragszahlungsdauer) \_\_\_\_\_ Jahre  
Dread Disease Versicherungssumme \_\_\_\_\_ EUR Todesfallschutz (5 - 100% mind. 1.500,- EUR. Erläuterungen siehe Rückseite) \_\_\_\_\_ % der Dread Disease Versicherungssumme bzw. \_\_\_\_\_ EUR  
Verwendung der Überschussanteile  Anlage in Investmentfonds (Anteil je Fonds mind. 10%)  Templeton Growth Euro \_\_\_\_\_ %  
 Beitragsverrechnung  Fidelity Euro Bond \_\_\_\_\_ %  
Beitragsgarantiezeit (5 - 10 Jahre) \_\_\_\_\_ Jahre

5 Beitrag/  
Inkasso Tarifbeitrag \_\_\_\_\_ EUR Zahlbeitrag (Erläuterungen siehe Rückseite) \_\_\_\_\_ EUR  
Zahlungsweise  monatlich  1/4 jährlich  1/2 jährlich  jährlich  
Name, Vorname und Anschrift des Beitragszahlers (Nur ausfüllen, wenn der Beitragszahler nicht der Antragsteller (Versicherungsnehmer) ist.) \_\_\_\_\_  
Konto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ Kreditinstitut \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers (soweit nicht Antragsteller oder versicherte Person) \_\_\_\_\_

6 Dynamisierung der Beiträge Ich wünsche die jährliche Dynamisierung meiner Beiträge:  um einen festen Prozentsatz des Vorjahresbeitrages (5 - 10%) \_\_\_\_\_ %

7 Fragen an den Versicherungsnehmer  
1. Empfänger der Versicherungsleistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung bzw. bei Ablauf:  Versicherungsnehmer  die nachfolgend namentlich bezeichnete/n Person/en  
Nachname, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
2. Empfänger der Versicherungsleistung bei Ableben der versicherten Person  der dann mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner  die nachfolgend namentlich bezeichnete/n Person/en  
Nachname, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
3. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Blatt: Versicherungsnehmer

2. Blatt: Vermittler

1. Blatt: SKANDIA

**8 Fragen an die zu versichernde Person**

Reicht der vorgesehene Platz für die Beantwortung nicht aus, bitte ein gesondertes Blatt beifügen (mit Unterschrift). Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzureichen.

1. Körpergröße \_\_\_\_\_ cm  
Gewicht \_\_\_\_\_ kg
2. Haben Sie **in den letzten 10 Jahren** wegen Krankheiten, Beschwerden, chronischen Leiden, Verletzungen, Allergien **ambulant** die Hilfe eines Arztes oder anderer Heilbehandler (z. B. Beratung, Untersuchung, Behandlung) in Anspruch genommen?  Ja  Nein Grund? Wann? Wie lange? Ergebnis? Folgen? Name/Anschrift des Arztes  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Wurden bei Ihnen **in den letzten 5 Jahren** bei Untersuchungen erhöhte Werte festgestellt für: Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin, Leberwerte, Harnsäure?  Ja  Nein Welche? Wann? Durch wen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Bestehen bei Ihnen dauerhafte gesundheitliche Veränderungen (z. B. Fehlbildungen, Amputationen, Lähmungen, Bandscheibenschäden, Folgen von Operationen oder Unfällen, Schwerhörigkeit, Tinnitus, MdE/GdB, angeborene Leiden) oder eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test)?  Ja  Nein Welche? Seit wann?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. a) Haben **in den letzten 10 Jahren** Operationen, Chemo-, Strahlen-, Interferontherapien oder Psychotherapien, Kur- oder Rehamaßnahmen stattgefunden **bzw.**  Ja  Nein Welche? Wann? Durch wen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ b) sind solche Maßnahmen vorgesehen oder angeraten?  Ja  Nein
6. Haben Sie **in den letzten 12 Monaten** aktiv Nikotin zu sich genommen?  Ja  Nein  Zigaretten  Zigarillos  Zigarren Anzahl pro Tag:  
 Pfeife  Schnupftabak  Kautabak \_\_\_\_\_
7. Leiden Sie unter Fehlsichtigkeit?  Ja  Nein Falls Ja, Dioptrienzahl \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_ rechts
8. Name und Anschrift des über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichteten Arztes: **(Bitte unbedingt Angaben machen!)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Gehen Sie in Ihrem Beruf oder Ihrer Freizeit Betätigungen mit besonderen Gefahren nach (z. B. Umgang mit radioaktiven, explosiven oder gesundheitsschädlichen Stoffen, Flug-, Motor-, Tauch-, Bergsport, Extremsport, Wettkämpfe)?  Ja  Nein Bitte nähere Angaben:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Beabsichtigen Sie **innerhalb der nächsten 12 Monate** Aufenthalte außerhalb der EU von mehr als 12 Wochen?  Ja  Nein \_\_\_\_\_
10. Wurden **in den letzten 5 Jahren** für Ihre Person Anträge auf Lebens-, Berufs/Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder auf Versicherungsschutz für den Fall von Schwere Krankheiten abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen (z. B. mit Zuschlag oder Klausel) angeboten oder ist über einen Antrag noch nicht entschieden?  Ja  Nein Gesellschaft? Jahr? Grund?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zusätzlich ab einer Dread Disease Versicherungssumme von mehr als 50.000 EUR bitte diese Fragen beantworten:**

1. Haben Ihre natürlichen Eltern oder Geschwister vor dem Alter von 65 Jahren an Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenerkrankungen, Krebs, Zuckerkrankheit, Multiple Sklerose, Alzheimer- oder Parkinson Krankheit gelitten?  Ja  Nein (nach bestem Wissen)  
Falls Ja, machen Sie Angaben zur Person (Alter, Art der Erkrankung, Verwandtschaftsverhältnis) und zum Zeitpunkt der Beschwerden/Erkrankung.  
Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_ Welche Erkrankung: \_\_\_\_\_ In welchem Alter aufgetreten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?  Ja  Nein Wenn ja, was? Wie viel Liter pro Woche?  
\_\_\_\_\_
3. Nehmen oder nahmen Sie Drogen, Medikamente (regelmäßig), Betäubungs- oder Rauschmittel?  Ja  Nein Wenn ja, was? Wie viel täglich?  
\_\_\_\_\_
4. Bestehen bereits Lebens-, Berufs/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder Versicherungsschutz für den Fall von Schwere Krankheiten oder sind solche beantragt?  Ja  Nein Wenn ja, geben Sie bitte Gesellschaft und Versicherungsscheinnummer sowie Deckungsart und Versicherungssumme an  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9 Schluss-erklärung**

**Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernde Person (Datenschutz)**

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen sowie die wichtigen Hinweise. Die Schlusserklärungen enthalten Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung; die wichtigen Hinweise betreffen unter anderem Ihr Widerspruchsrecht sowie die Schriftform und die Vollständigkeit des Antrags. Durch Ihre Unterschrift machen Sie die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrags.

Ort, Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person \_\_\_\_\_  
Unterschrift ges. Vertr. bei Minderjährigen 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**10 Identifizierung**

des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Antragsteller handelt:  auf eigene Rechnung  für Rechnung von: \_\_\_\_\_  
Nachstehende Angaben entfallen bei Erteilung einer Einzugsermächtigung vom Konto des Antragstellers. Die Legitimation wurde geprüft  Ja  Nein  
Ausstellende Behörde \_\_\_\_\_ Vermittler-Nr. \_\_\_\_\_  
Ausweis-Nr., Ort, Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Vermittlers \_\_\_\_\_

## Wichtige Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

### **Verantwortlichkeit für den Antrag, Nebenabreden**

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen und Erklärungen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten bzw. geben und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Jede bis zur Annahme des Antrages noch eintretende sowie jede vor Antragsstellung eingetretene aber erst bis zur Annahme des Antrages bekannt werdende Verschlechterung des Gesundheitszustandes, durchgeführte Untersuchungen, zusätzlich aufgetretene Beschwerden, eine Änderung des Berufes oder eine Gefahrenerhöhung im Freizeitverhalten der zu versichernden Person werde ich unverzüglich dem Versicherer schriftlich anzeigen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern. Nebenabreden und Deckungszusagen sind nur mit schriftlicher Zustimmung des Versicherers gültig.

### **Einwilligungserklärung zum Datenschutz**

**Ich willige ein**, dass die Skandia Lebensversicherung AG Daten aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (zu Beiträgen, Versicherungsfällen, Risiko-/Vertragsänderungen) im erforderlichen Umfang übermittelt, und zwar zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung an Rückversicherer sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer auf direktem Weg oder über den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für die Risikoprüfung zu Verträgen, die ich hier oder bei anderen Versicherern künftig beantrage.

**Ich willige ferner ein**, dass die Skandia Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den für mich zuständigen Vermittler zur Speicherung weitergeben kann, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten und weiteren Vertragsbetreuung dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden. An Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung und -betreuung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar **willige ich weiter ein**, dass der Vermittler und andere Gesellschaften der Skandia Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Kundenberatung und -betreuung auch im Zusammenhang mit sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Meine Einwilligung ist nur wirksam, wenn ich die Möglichkeit hatte, vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Dieses wird mir mit dem Versicherungsschein zugesandt und auf Wunsch auch sofort überlassen.

### **Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich ermächtige den Versicherer, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben, alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und bis zum Ende der Versicherungsdauer. Der Versicherer darf auch Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Werden Leistungen beansprucht, darf der Versicherer die in Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und Grad und voraussichtliche Dauer der Krankheit befragen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

### **Inanspruchnahme des Nichtraucherabattes**

Bei Inanspruchnahme des Nichtraucherabattes zeige ich jede Veränderung des Nichtraucherhaltens der versicherten Person während der gesamten Laufzeit des Vertrages dem Versicherer unverzüglich an. Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung kein Nikotin (z. B. Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife, Kautabak, Schnupftabak) aktiv zu sich genommen hat. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflicht die Leistung teilweise verweigern kann.

## Wichtige Hinweise für den Antragsteller und die zu versichernde Person

### **Widerspruchsrecht**

Die Versicherung gilt als abgeschlossen, wenn Sie nicht innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen sowie der Verbraucherinformation, die mit dem Versicherungsschein ausgehändigt werden, in Textform widersprechen. Auf dieses Widerspruchsrecht werden wir Sie mit dem Versicherungsschein nochmals gesondert hinweisen.

### **Vertragsgrundlagen**

Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen, die im Antrag für den Tarif als maßgebend genannt worden sind. Diese Versicherungsbedingungen werden zusammen mit dem Versicherungsschein – auf Wunsch jedoch früher – übersandt.

### **Beschwerden**

Beschwerden können an den jeweiligen Versicherer sowie an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, gerichtet werden. Wir sind dem Verein „Versicherungsombudsmann e. V.“ beigetreten und unterwerfen uns einer Entscheidung des Ombudsmanns innerhalb der durch den Verein aufgestellten Regeln.

Weitere Informationen über das Verfahren erhalten Sie von der Geschäftsstelle des Vereins. Postfach 080632, 10006 Berlin, oder über <http://www.versicherungsombudsmann.de>.

### **Annahmefrist**

Wir können Ihren Antrag binnen sechs Wochen annehmen. Die Frist beginnt am Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tag der Untersuchung.

### **Schriftform/Vollständigkeit Ihrer Angaben im Antrag**

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes ist allein der schriftlich beantragte Vertragsinhalt. Ihre mündlichen Erklärungen hierzu sind nur wirksam, wenn sie von uns schriftlich bestätigt werden. Ihre Erklärungen zum Bezugsrecht sind nur schriftlich wirksam. Um Ihren Versicherungsschutz nicht zu gefährden, müssen Sie alle Fragen im Antrag vollständig und richtig beantworten; dies gilt sowohl bei mündlichen Angaben gegenüber Ihrem Vermittler als auch bei schriftlichen Angaben im Antrag.

### **Aufgabe bestehender Versicherung**

Eine bestehende Versicherung aufzugeben und dafür eine neue Versicherung abzuschließen, ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und von den Lebensversicherungsunternehmen daher unerwünscht.

### **Inanspruchnahme des Nichtraucherabattes**

Der Raucher- oder Nichtraucherstatus bleibt während der gesamten Laufzeit des Vertrages erhalten, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht nicht verletzt haben.

### **Angaben über die Zugehörigkeit zu einer Einrichtung zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten (Sicherungsfonds)**

Die Skandia Lebensversicherung AG gehört der Protektor Lebensversicherungs-AG, Friedrichstraße 191, 10117 Berlin, an.

## Erläuterungen zur Dread Disease Versicherung

### **Versicherungsdauer/Beitragszahlungsdauer**

Die Versicherungsdauer/Beitragszahlungsdauer beträgt mindestens 5 Jahre und kann maximal 60 Jahre betragen. Eine von der Versicherungsdauer abweichende Beitragszahlungsdauer ist nicht möglich. Die Beitragsgarantiezeit beträgt mind. 5 Jahre und kann maximal 10 Jahre betragen.

### **Beitragsgarantiezeit**

Die Beitragsgarantiezeit beträgt mind. 5 Jahre und kann maximal 10 Jahre betragen. Während dieser gewählten Beitragsgarantiezeit bleibt der ermittelte Tarifbeitrag unverändert.

### **Versicherungsschutz**

Eine Versicherungsleistung erbringen wir bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit, eines versicherten Ereignisses bzw. bei Tod der zu versichernden Person. Der Todesfallschutz beträgt mind. 5 Prozent und kann bis zu maximal 100 Prozent, jedoch mindestens 1.500,- EUR, der Dread Disease Versicherungssumme betragen.

### **Zahlbeitrag/Überschussbeteiligung**

a) Beitragsverrechnung durch Sofortüberschuss

Der Tarifbeitrag vermindert sich von der ersten Beitragszahlung an um die Überschussbeteiligung. Der daraus resultierende Zahlbeitrag bleibt gleich, solange die Überschussanteile in unveränderter Höhe deklariert werden.

b) Anlage in Investmentfonds

Die Überschussbeteiligung kann in die vorgegebenen Investmentfonds investiert werden. In diesem Fall entspricht der Tarifbeitrag dem Zahlbeitrag. Die Höhe der Anlage in Investmentfonds hängt von der jeweils deklarierten Überschussbeteiligung ab.

**Die Höhe der Überschussanteile kann für die Zukunft nicht garantiert werden.** Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

### **Erläuterung der Tarifbezeichnungen und Abkürzungen**

Der Buchstabe M steht für männliche, der Buchstabe F für weibliche Versicherte.

Der Buchstabe R steht für Raucher, die Buchstaben NR für Nichtraucher.

### **Für die Dread Disease Versicherung**

DDB07: Dread Disease Versicherung **Basis** mit garantiertem Todesfallschutz.

DDK07: Dread Disease Versicherung **Komfort** mit garantiertem Todesfallschutz.

### **Für die Dynamik**

f: Dread Disease Versicherung mit dynamischem Zuwachs von Leistung und Beitrag. Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistung.

### **Maßgebende Bedingungen:**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Besonderen Bedingungen für die beantragte Dread Disease Versicherung nach dem Tarif DDB07 und dem Tarif DDK07, jeweils mit der Druckstücknummer 87 BE.

Die Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen nach § 10 a VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalte ich zusammen mit dem Versicherungsschein, auf Wunsch auch früher.