



Pensionskasse der
Genossenschaftsorganisation VVaG
Herzog-Heinrich-Str. 20
80336 München

Versicherter Mann Frau

Name / Vorname: _____

Geboren am: _____

Lebenspartner Mann Frau

Name / Vorname: _____

Geboren am: _____

eheliche bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft
gemäß § 1 ff Lebenspartnerschaftsgesetz

nichteheliche Lebenspartnerschaft

Bei einer nichtehelichen Lebenspartnerschaft unbedingt angeben:

Gemeinsamer Wohnsitz seit (Datum): _____

Angaben zum Gesundheitszustand

Die Pensionskasse verzichtet in den Tarifen AVmG und AVmG2 in folgenden Fällen auf die Gesundheitsangaben:

Sofern Sie a) Barlohn in Versorgungslohn umwandeln (Entgeltumwandlung) bis zu einem Beitrag von max. 4% der BBG* p.a. oder b) vom Arbeitgeber finanzierte betriebliche Altersversorgung erhalten bis zu einem Beitrag von max. 4% der BBG* p.a. oder c) auf vermögenswirksame Leistungen (VL) zu Gunsten betrieblicher Altersversorgung verzichten bis zur jährlich max. möglichen Höhe der VL **und** soweit jeweils belegt werden kann, dass für alle Beschäftigten eines Arbeitgebers ein nachgewiesener Beschluss besteht, dass die betriebliche Altersversorgung ausschließlich über die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG möglich ist und sich jeweils innerhalb der unter a), b) und/oder c) genannten Beitragshöchstgrenzen bewegt.

**Beitragsbemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung*

Für die Tarife T60, T65 sowie BUZ und BUZ2 sind immer Gesundheitsfragen auszufüllen!

Die/der zu Versichernde hat die Fragen zum Gesundheitszustand nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten. Die Kosten für die Untersuchung trägt üblicherweise der Versicherungsnehmer. Bitte beachten Sie hierzu Artikel 2 Nr. 3 der Versicherungsbedingungen für den jeweiligen Tarif ggf. in Verbindung mit Nr. 7 der Besonderen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

Hinweis, wenn der Pensionskasse Kosten in Rechnung gestellt werden: (gilt auch, wenn kein Vertragsabschluss zustande kommt)

Sollten Sie Vorerkrankungen oder kontrollbedürftige Vorsorgeuntersuchungen angekreuzt haben, werden durch die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG von den behandelnden Ärzten Berichte angefordert. Die Kosten trägt gemäß Artikel 2 Nr. 3 der Versicherungsbedingungen für den jeweiligen Tarif der Arbeitgeber. **Nur bei 100% Eigenanteil des Arbeitnehmers trägt dieser die anfallenden Kosten selbst.**

Bitte unbedingt alle Gesundheitsfragen beantworten, da ansonsten keine Bearbeitung möglich ist!

Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung, Behandlung oder zur Untersuchung?



bei Ihrem Hausarzt
Name und Anschrift, Telefonnummer (bitte immer angeben)

ja nein



bei Fachärzten
wenn ja, Name und Anschrift, Fachrichtung, Telefonnummer, wann zuletzt

ja nein



in Krankenhäusern oder Rehakliniken
wenn ja, Name und Anschrift, Telefonnummer, wann zuletzt

ja nein



bei heilberuflich fähigen Personen (Arzt, Heilpraktiker, Psychologe, Psychotherapeut, Therapeut etc.)
wenn ja, Name und Anschrift, Telefonnummer, wann zuletzt

ja nein

Wurden Vorsorge-, Routine- oder Kontrolluntersuchungen durchgeführt?
Wenn ja, wann und welcher Art:

ja nein

Ist das Ergebnis unauffällig kontrollbedürftig

Erfolgte die Beratung, Behandlung oder Untersuchung wegen Krankheiten oder Beschwerden in folgenden Bereichen:

(Wenn ja, detaillierte Angaben zu den Beschwerden / Krankheiten erforderlich)

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Rücken, Knie-, Hüftgelenke, Schultern oder andere Stellen im Bewegungsapparat
(z.B. Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Meniskus, Bänderverletzung, Arthritis, Rheuma) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Psyche, Gehirn, Nervensystem (z.B. Depressionen, Multiple Sklerose, Suizidversuch) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herz, Kreislauf, Gefäßsystem (z.B. Schlaganfall, Gefäßverengungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Venenentzündung, ärzt. diagn. Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Atmungsorgane (z.B. Lungenentzündung, Asthma) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verdauungsorgane (z.B. Magen, Darm, Leber, Pankreas) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Harn- oder Geschlechtsorgane (z.B. Niere, Blase, Prostata, Eierstöcke, Gebärmutter, Brust) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stoffwechsel (z.B. Diabetes mellitus, Schilddrüse) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV-Infektion) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sinnesorgane (z.B. Entzündung des Sehnerves, Hörsturz) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haut (z.B. Schuppenflechte) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstiges (was genau und seit wann) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind oder waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist die psychotherapeutische Behandlung abgeschlossen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

detaillierte Angaben zu den - oder anderen noch nicht genannten - Beschwerden / Krankheiten:

Ist bzw. sind diese Krankheit(en) ausgeheilt? ja nein

Bestehen chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche? ja nein

Sind Sie zur Zeit völlig gesund? ja nein
Wenn nicht, welche Beschwerden liegen vor?

Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

Benutzen Sie medizinische Hilfsmittel? Wenn ja, welche? ja nein

Besteht eine Erwerbsminderung? ja nein Besteht eine Anerkennung des Grades der Behinderung (GdB)? ja nein

Wenn ja, zu wieviel Prozent _____ % Wenn ja, wie hoch _____

Bescheid beilegen!

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?

_____ Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

Ich ermächtige die Pensionskasse zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben alle Ärzte, Heilpraktiker, Therapeuten, ebenso Krankenhäuser, Sanatorien und Kuranstalten, die mich bisher behandelt haben oder innerhalb der nächsten 3 Jahre behandeln werden, sowie Behörden und andere Versicherungsunternehmen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen und entbinde diese Personen, Einrichtungen und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Jede bis zur Annahme des Antrages noch bekannt werdende oder noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung meines Gesundheitszustandes werde ich unverzüglich der Pensionskasse schriftlich anzeigen. Ich weiß, dass die Pensionskasse bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Bitte beachten Sie, dass die als Anlage beigefügten Hinweise zum § 19 Abs. 5 VVG Bestandteil des Versicherungsvertrages sind.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person



Pensionskasse der
Genossenschaftsorganisation VVaG
Herzog-Heinrich-Str. 20
80336 München

Anlage zu den Angaben zum Gesundheitszustand

Hinweis nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Versicherungsantrag enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Jede bis zur Annahme des Antrages noch bekannt werdende oder noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist unverzüglich der Pensionskasse schriftlich anzuzeigen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht der Pensionskasse der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht; darüber hinaus geleistete Beiträge werden erstattet.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichten fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.