

**Finanzielle Risikoprüfung – Berufsunfähigkeitsrenten über 2.000,00 EUR monatlich
(einschließlich aller bestehenden privaten BU-Vorversicherungen)**

Antragsteller: AD-Nr.:

Versicherte Person:

zum Antrag vom:

Ich erkläre hiermit, dass die beantragte monatliche Berufsunfähigkeitsrente zusammen mit bereits versicherten oder beantragten Berufsunfähigkeitsrenten (auch bei anderen Versicherungsunternehmen) nicht mehr als **2/3 meines regelmäßigen monatlichen Brutto-Einkommens** beträgt.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die HanseMerkur Lebensversicherung AG einen Nachweis über mein heutiges regelmäßiges Einkommen verlangen wird, wenn Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung beansprucht werden.

1. Angaben zu Ihren Einkommensverhältnissen der letzten 3 Jahre (Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.)

Bitte das jährliche Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 3 Jahre angeben:

Jahr: EUR

Jahr: EUR

Jahr: EUR

Bitte fügen Sie zusätzliche Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre bei.

- Kopien der Einkommenssteuerbescheide bzw. Dezember-Gehaltsabrechnungen sind beigelegt
- Bescheinigung des Arbeitgebers oder Steuerberaters ist beigelegt
- GuV, BWA oder Einnahmen-Überschuss-Rechnungen sind beigelegt

2. Angaben zu bereits abgeschlossenen bzw. beantragten Versicherungen

Es sind folgende Versicherungsverträge mit einer Berufsunfähigkeitsrente abgeschlossen oder beantragt worden:

Gesellschaft: Rentenhöhe monatlich: EUR

Gesellschaft: Rentenhöhe monatlich: EUR

3. Beruf

Momentan ausgeübter Beruf:

Genaue Tätigkeitsbeschreibung meines derzeitigen Berufes:

.....

.....

Erfordert Ihre Tätigkeit regelmäßiges Reisen in das außereuropäische Ausland?

Nein Ja, Reiseziele, Dauer, Häufigkeit:

Ist in absehbarer Zeit ein Berufswechsel beabsichtigt?

Nein Ja, angestrebter Beruf:

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers

FR1