



Risikobewertung

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen zu gefahrerheblichen Umständen beantworten.

Sie sind verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

Je nach Verschulden der vertraglichen Anzeigepflichtverletzung kann uns dies zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Vertragsanpassung berechtigen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" unmittelbar vor den Antragsunterlagen auf Seite 2.

14 Beitragsrelevante Zusatzfragen bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung für die VP

(nicht zu beantworten von Studierenden, Schülern und Auszubildenden)

Mit den folgenden Fragen können wir eine individuelle Risikoeinschätzung vornehmen, die sich positiv auf den Beitrag auswirken kann.

Wenn Sie zu einer oder zu mehreren dieser Fragen keine Angaben machen, verzichten Sie auf eine mögliche Besserstellung.

Falls Sie die gestellten Fragen beantworten, dürfen diese nicht falsch beantwortet werden, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

Rauchgewohnheiten ¹	<input checked="" type="checkbox"/> Nichtraucher	Familienstand	<input type="checkbox"/> Verheiratet	Kinder ²
--------------------------------	--	---------------	--------------------------------------	---------------------

¹ Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat. Darunter fällt sowohl der Konsum von Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder sonstigem Tabak unter Feuer als auch das Konsumieren von Nikotin durch elektronische Verdampfer, wie beispielsweise E-Zigaretten.

² Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden eigenen Kinder (gewöhnlicher Aufenthaltsort)

Bitte beachten Sie, dass die folgenden Zusatzfragen nur für bestimmte Berufe relevant sind. Durch die Beantwortung der Fragen kann sich gegebenenfalls ein günstigerer Beitrag ergeben.

Ihr durchschnittlicher Anteil an büro- oder aufsichtsführenden Tätigkeiten ca. in Prozent	90%
Wie viele festangestellte Vollzeitmitarbeiter leiten Sie an (Personal, Aufsichtsführung)?	
Ihr höchster Berufsabschluss, Ausbildungsabschluss in Deutschland?	
<input type="radio"/> Diplom/Master/Magister/Staatsexamen: Universität <input type="radio"/> Diplom/Master: Fachhochschule <input type="radio"/> Bachelor: Universität, Fachhochschule <input type="radio"/> Berufliches Studium: Berufsakademie, private Hochschule <input type="radio"/> Abgeschlossene Weiterbildung: Meister, Techniker, Fachwirt <input type="radio"/> Abgeschlossene Berufsausbildung	

15 Dienstobliegenheitserklärung - Risikofragen

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

Körpergröße in cm *	175	Gewicht in kg *	70
1.	Waren Sie in den letzten 24 Monaten für mehr als 14 Kalendertage durchgehend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, Ihre studentische oder berufliche Tätigkeit auszuüben oder sind Sie derzeit dazu nicht in der Lage? *	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.	Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Jahre wegen einer der folgenden Krankheiten ärztlich untersucht, beraten oder behandelt: Diabetes mellitus, Bluthochdruck, psychische Krankheiten, Suchtkrankheiten, Krankheiten des Herzens, der Gefäße, der Nieren, der Leber, der Nerven oder des Gehirns? *	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
3.	Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Jahre wegen einer Krankheit des Wirbelsäule oder der Gelenke von einem Orthopäden untersucht oder wurden Ihnen mehr als 12 Behandlungen bei einem Physiotherapeuten verordnet? *	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
4.	Wurde bei Ihnen jemals eine Krebserkrankung festgestellt, haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen oder nehmen Sie aktuell täglich Medikamente ¹ ein? *	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
¹ Folgende Medikamente müssen nicht angegeben werden: Medikamente zur Empfängnisverhütung, Heuschnupfen-Medikamente, Asthma-Sprays, Blutdrucksenker, Cholesterinsenker, Antibiotika, Schilddrüsenhormone, Magensäureblocker.			
5.	Besteht bei Ihnen als Folge einer Erkrankung, Behinderung oder eines Unfalls ein anerkannter Invaliditätsgrad (MdE/GdB/GdS) oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge auf Berufsunfähigkeits(-Zusatz)versicherungen zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? *	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Pflichtfelder sind durch * und farblich gekennzeichnet

6.	Bestehen bereits Berufsunfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? *	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
(Nicht anzugeben, wenn der bestehende Versicherungsschutz aufgehoben werden soll. Reine Beitragsbefreiungen der Berufsunfähigkeit müssen nicht angegeben werden.)		
7.	Üben Sie eine der folgenden Sportarten aus: Motorsport, Bergsport, Flugsport, Tauchsport? ² *	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
² Bergsport: Nur alpines Klettern ab Schwierigkeitsgrad 7 oder Bergsteigen/Skitouren über 4.000 Meter Höhe; Flugsport: nur Paragliding, Drachenfliegen, Fallschirmspringen; Tauchsport: nur bei Tauchtiefen > 40 Meter		

Die Durchführung einer Risikoprüfung richtet sich nach den oben gemachten Angaben. Die LV 1871 behält sich jedoch im Einzelfall eine individuelle Prüfung vor, wenn sie diese mit Rücksicht auf die eingegangenen Unterlagen bzw. Informationen für notwendig erachtet.

16 Nähere Angaben zu den Risikofragen, die mit "ja" beantwortet wurden

zu Ziff.	Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (rechts/links) Befund der Untersuchung usw.
	Wann? Wie lange? Medikamente? Heutige Folgen? usw.
	Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.
zu Ziff.	Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (rechts/links) Befund der Untersuchung usw.
	Wann? Wie lange? Medikamente? Heutige Folgen? usw.
	Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.
zu Ziff. 5	Invaliditätsgrad, Versicherungsunternehmen, Versicherungssumme/Jahresrente, Art der Versicherung, Grund der Erschwerung/Ab- lehnung/Zurückstellung (ggf. unterstreichen)
zu Ziff. 6	Versicherungsunternehmen, Jahr der Antragstellung
	Versicherte bzw. beantragte Jahresrente in €
zu Ziff. 7	Wie oft? Wo? Was genau? Nur Freizeitsport ohne Teilnahme an Wettbewerben?

Weitere Ärzte/Ärztinnen bzw. Heilbehandler/-innen oder nähere Erläuterungen geben Sie bitte unter Angabe der Ziffer und der VP auf einem Beiblatt an. Ein gesondertes Schreiben mit Seiten wird unterschrieben beigelegt. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach.

Welche/-er Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in ist über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt/Hausärztin)?

Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung *