

## 12 Besondere Vereinbarungen

Es wurden keine Nebenabreden getroffen. Nebenabreden sind nur verbindlich, wenn sie von der LV 1871 schriftlich bestätigt werden.

Es wurden folgende Nebenabreden getroffen:



## 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.

## 13 Beitragsrelevante Zusatzfragen bei einer Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung 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 <sup>1</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> Nichtraucher	Familienstand	<input type="checkbox"/> Verheiratet	Kinder <sup>2</sup>
--------------------------------	--	---------------	--------------------------------------	---------------------

<sup>1</sup> 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 elektrische Verdampfer, wie beispielsweise E-Zigaretten.

<sup>2</sup> Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden eigenen Kinder (gewöhnlicher Aufenthaltsort)

Ihr durchschnittlicher Anteil an büro- oder aufsichtsführenden Tätigkeiten ca. in Prozent **90**

Wie viele festangestellte Vollzeitmitarbeiter leiten Sie an (Personal, Aufsichtsführung)?

## 14 Angaben zum Gesundheitsrisiko der VP

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

Körpergröße in cm *	<b>175</b>	Gewicht in kg *	<b>70</b>
Bestehen bereits Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? *			<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
<small>(nicht anzugeben wenn der bestehende Versicherungsschutz aufgehoben wird. Reine Beitragsbefreiungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit müssen nicht angegeben werden)</small>			
Üben Sie eine der folgenden Sportarten aus: Motorsport, Bergsport, Flugsport, Tauchsport, Reitsport, Kampfsport, gefährliche Mannschaftssportarten? *			<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
<small>(Bergsport: Nur alpines Klettern ab Schwierigkeitsgrad 7 oder Bergsteigen/Skitouren über 4.000 Meter Höhe; Flugsport: nur Paragliding, Drachenfliegen, Fallschirmspringen; Tauchsport: nur bei Tauchtiefen größer als 40 Meter; Mannschaftssport: nur Eishockey und American Football; Reitsport und Kampfsport: nur bei Teilnahme an Wettbewerben)</small>			
Planen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU? *			<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
<small>(Geplante Auslandsaufenthalte von minderjährigen Schülern müssen nicht angegeben werden)</small>			
Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt oder sonstigen Heilbehandler untersucht oder behandelt? *			<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<small>(Heilbehandler: Dies sind insbesondere Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Osteopathen. Untersucht oder behandelt: Vorsorgeuntersuchungen, Erkältungskrankheiten, Magen-Darm- oder Harnwegsinfekte müssen nicht angegeben werden.)</small>			

**Die folgenden vier Fragen sind nur zu beantworten, wenn die vorherige Frage nach Behandlungen durch Ärzte oder sonstige Heilbehandler bejaht wurde.**

Pflichtfelder sind durch \* und farblich gekennzeichnet

Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten Medikamente verschrieben oder verabreicht? * <small>(Dazu gehören insbesondere Tabletten, Salben und Spritzen. Verhütungsmittel und Impfungen sowie Behandlungen von Erkältungskrankheiten, Magen-Darm- oder Harnwegsinfekte müssen nicht angegeben werden.)</small>	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Waren Sie in den letzten 5 Jahren für mehr als 14 Kalendertage durchgehend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, Ihre übliche Tätigkeit (berufliche Tätigkeit, Teilnahme am Schulunterricht, Studium) auszuüben oder sind Sie derzeit dazu nicht in der Lage? *	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen des Genusses von Alkohol oder anderer Suchtmittel beraten oder behandelt? *	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Sind Sie in den letzten 5 Jahren untersucht oder behandelt worden wegen einer Herzerkrankung, Tumorerkrankung, Nierenkrankung oder Diabetes? *	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren psychische Beschwerden oder Erkrankungen? * <small>(Psychische Beschwerden: Dazu gehören z. B. Depression, Burnout-Syndrom, Angststörung, Erschöpfungszustand, Essstörung, Suchterkrankung, Suizidversuch)</small>	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär aufgenommen oder ist eine stationäre Behandlung in den nächsten 12 Monaten geplant? (Entbindungen müssen nicht angegeben werden.) *	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Beschwerden des Nervensystems oder des Gehirns, des Bewegungsapparates oder der Sinnesorgane? * <small>(Nervensystem/Gehirn: z. B. Lähmungen, Gefühlsstörungen; Bewegungsapparat: z. B. Folgen von Knochenbrüchen, Verletzungen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen; Sinnesorgane: z. B. Sehstörung, Hörminderung, Fehlsichtigkeit &gt; 8 Dioptrien)</small>	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein

**Die vereinfachte Risikoprüfung wurde erfolgreich abgeschlossen.**

**Dieses Ergebnis steht unter dem Vorbehalt, dass sich im Rahmen der abschließenden Bearbeitung des Antrags keine zusätzlichen risikorelevanten Umstände, Ergänzungen oder Änderungen ergeben.**

**Werden auf dem ausgedruckten Antrag manuell Ergänzungen oder Änderungen der Antworten vorgenommen, ist eine erneute Risikoprüfung erforderlich.**

**Wir behalten uns vor, einen Arztbericht einzuholen.**

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

Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung \*

## 15 Voranfrage

Zu diesem Antrag wurde vorab eine Anfrage mit der Nr. gestellt. Bitte fügen Sie die Unterlagen zur Vervollständigung des Antrags bei.

Zu diesem Antrag wurde vorab eine telefonische Anfrage mit Frau/Herrn besprochen.

Ich bin damit einverstanden, dass die in der Voranfrage ggf. bekannt gegebenen Leistungsausschlüsse Vertragsinhalt werden.

### Zuschläge Hauptversicherung

Besondere Gefahren in %

Medizinisch in %

Beruflich in %



## Erklärungen und Hinweise

### 16 Hinweise für den gestellten Antrag

#### Aufgabe bestehender Versicherungen

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den VN im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

#### Vorläufiger Versicherungsschutz für ein Berufsunfähigkeitsrisiko bei Unfall

Bei Absicherung eines Berufsunfähigkeitsrisikos gewährt die LV 1871 im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen einen vorläufigen Versicherungsschutz durch Unfall. Dieser Schutz gilt ab Eingang des Antrags. Voraussetzung dafür ist insbesondere, dass der LV 1871 ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wurde. Zudem darf der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als drei Monate nach Unterzeichnung dieses Antrags liegen. Die Leistung des vorläufigen Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit ist pro versicherter Person auf 13.200 Euro jährliche Rente begrenzt. Die weiteren Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeitsversicherung bei Unfall.