



## Gesundheitserklärung

### bei der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG

#### Erklärung der (haupt)versicherten Person bzw. des versicherten Versorgers bzw. versicherten Kindes bzw. Versorgungsanwärters

Familienname, Titel, Vorname	Geburtsdatum
Ausgeübte Tätigkeit	Seit wann?
Branche	Berufsgruppe/Risikogruppe /

Arbeitnehmer   
  Selbstständig, seit \_\_\_\_\_   
  Beamter   
  Arbeitnehmer ÖD

**Die Risikoprüfung der NÜRNBERGER bewertet Ihre Angaben. Bitte beantworten Sie alle zum Ausfüllen und/oder Ankreuzen vorgesehenen Textfelder im Antrag vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände genau an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen, wie z. B. Ihren Namen oder Ihr Geburtsdatum. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die NÜRNBERGER unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern. Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) auf den Folgeseiten.**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit **Ja** oder **Nein**.

#### Berufs- oder Freizeitrisiko

Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit explosiblen oder radioaktiven Stoffen, Motorsportaktivitäten, Fallschirmspringen, Flugsport einschließlich Gleitschirmfliegen oder Hängegleiten, Kampfsport, Tauchsport, Reitsport oder Bergsport, ausgenommen Wandern)?

Nein     Ja

#### Auslandsaufenthalt

Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder in Krisengebieten vorgesehen (Krisengebiete sind Länder und Regionen, für die eine Reise-warnung des Auswärtigen Amtes besteht. Informationen hierzu finden Sie in der Rubrik „Reise und Sicherheit“ unter [www.auswaertiges-amt.de](http://www.auswaertiges-amt.de))?

Nein     Ja

Aufenthaltsort	Aufenthaltsdauer	Grund
----------------	------------------	-------

#### Gesamtversicherungsschutz

Wurden in den letzten 5 Jahren Lebensversicherungen, Dread-Disease-Versicherungen (Leistung bei schwerer Erkrankung) bzw. Berufs-, Erwerbs-, Grund-, Schulunfähigkeits-, Erwerbsausfall-, Pflegerenten-Versicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder erschwert angenommen?

Nein     Ja

Wann und weshalb?	Name des Unternehmens
-------------------	-----------------------



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum

Versicherte Person (Familiename, Titel, Vorname)

Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben (einschließlich Berufs-, Erwerbs-, Grund-, Schulunfähigkeits-, Erwerbsausfall-, Dread-Disease- oder Pflegerenten-Versicherungen) oder wurden in den letzten 5 Jahren bzw. werden zeitgleich solche beantragt?

 Nein  Ja

Art der Versicherung

Name des Unternehmens

Beginndatum

Höhe Vers.-Summe  
EUR

Höhe der Dread-Disease-Leistung

 Jährliche Rente  Kapitaleistung

EUR

Höhe der jährlichen Berufs-/Erwerbs-/Grund-/Schulunfähigkeits-, Erwerbsausfall- bzw. Pflegerente

EUR

Name des Unternehmens

Wie hoch ist Ihr jährliches Arbeitseinkommen (bei Selbstständigen Gewinn bzw. Jahresüberschuss der letzten 3 Jahre)?

 Brutto (bzw. vor Steuern)  
 Netto (bzw. nach Steuern)

Laufendes Jahr/jährlich

EUR

Letztes Jahr/jährlich

EUR

Vorletztes Jahr/jährlich

EUR

**Tätigkeitsmerkmale**Welchen **Berufsstand** haben Sie?

- Angestellter (1)  
 Angestellter, öffentlicher Dienst (2)  
 Arbeiter (3)  
 Beamter (4)  
 Beamtenanwärter (5)  
 Polizist (6)  
 Soldat/Bundespolizei (6)  
 Praktikant (7)  
 freiwillig Wehrdienstleistender/BFD (8)  
 Selbstständiger (9)

- Selbstständiger (GRV-pflichtig) (9)  
 Selbstständiger (Versorgungswerk) (9)  
 Freiberufler (10)  
 Freier Mitarbeiter (11)  
 Student (12)  
 Lehramtsstudent (12)  
 Auszubildender (13)  
 Arbeitsloser (14)  
 Nicht erwerbstätig (15)  
 Hausfrau (15)

Was ist Ihre höchste **Berufsausbildung**?

- Meisterprüfung (1)  
 Weiterbildung zum Techniker (2)  
 Weiterbildung zum Fach-/Betriebswirt (3)  
 Kaufmännische Berufsausbildung (4)  
 Industrielle Berufsausbildung (5)  
 Handwerkliche Berufsausbildung (6)  
 Sonstige Berufsausbildung (7)  
 Keine Berufsausbildung (8)

Was ist Ihr höchster **Bildungsabschluss**?

- Staatsexamen (Universität) (1)  
 Diplom, Magister (1)  
 Diplom (Fachhochschule) (1)  
 Master (Universität) (1)  
 Master (Fachhochschule) (1)  
 Bachelor (Universität) (2)  
 Bachelor (Fachhochschule) (2)

- Abitur (3)  
 Fachabitur (4)  
 Realschulabschluss/  
     Qualifizierter Hauptschulabschluss (5)  
 Hauptschulabschluss (6)  
 Kein Abschluss (7)

Wie hoch ist der Anteil Ihrer **Bürotätigkeit**?
 80 - 100 % (1)  40 - 79 % (2)

 0 - 39 % (3)
Wie hoch ist Ihre **Leitungsfunktion**?

- keine (1)  
 1 - 3 Mitarbeiter (2)  
 4 - 9 Mitarbeiter (3)

- 10 - 15 Mitarbeiter (4)  
 16 - 30 Mitarbeiter (5)  
 > 30 Mitarbeiter (6)



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum

Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)

## Angaben zum Gesundheitszustand

In Klammern sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Es handelt sich nicht um eine vollständige Auflistung. Bitte geben Sie auch Sachverhalte an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen (evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden).

1. Bestehen/Bestanden in den **letzten 5 Jahren** Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen

- a) des **Herzens, Kreislaufs, der Gefäße** (z. B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Thrombose)?  Nein  Ja
- b) der **Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase** (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?  Nein  Ja
- c) der **Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz** (z. B. Magengeschwür, Darmblutung, erhöhte Leberwerte)?  Nein  Ja
- d) der **Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brust** (z. B. Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Zystennieren, Blut- oder Eiweißausscheidung)?  Nein  Ja
- e) des **Stoffwechsels, Bluts, der Lymphknoten, Schilddrüse** (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Leukämie)?  Nein  Ja
- f) des **Gehirns, Nervensystems** (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Migräne, Lähmung, chronische Schmerzen, Gangunsicherheit)?  Nein  Ja
- g) der **Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder sowie Wirbelsäule, Bandscheiben** (z. B. Amputation, Bewegungseinschränkung, Gelenkfehlstellung, Meniskusriss, Bandscheibenvorwölbung, Rheuma, Fibromyalgie)?  Nein  Ja
- h) der **Augen** (z. B. Linsentrübung, Augenfehlstellung, erhöhter Augendruck, Netzhauterkrankung, Keratokonus, Sehnerventzündung) bzw.  Nein  Ja
- i) Fehlsichtigkeit über 6 Dioptrien:  Nein  Ja
- |       |        |
|-------|--------|
| Links | Rechts |
|       |        |
- j) der **Ohren** (z. B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen)?  Nein  Ja
- k) der **Haut** oder **Allergien** (z. B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie)?  Nein  Ja
- l) **gutartige Tumorerkrankungen** (z. B. Zyste, Adenom)?  Nein  Ja
- m) **Infektionskrankheiten, Geschlechtserkrankungen, Tropenkrankheiten** (z. B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Borreliose)?  Nein  Ja
- n) der **Psyche** (z. B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung), **Suchterkrankung** (z. B. Einnahme von Drogen, Folgen von Alkoholgenuss)?  Nein  Ja
- o) Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (M. d. E.), Wehrdienstbeschädigung (WDB), Pflegestufe, ein Grad der Behinderung (G. d. B.), oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?  Nein  Ja

Falls Ja, machen Sie bitte nähere Angaben hierzu und reichen Sie uns den entsprechenden Bescheid mit Angabe der Diagnose/n ein.

Nähere Angaben

2. Bestehen oder bestanden **bösartige Tumorerkrankungen** (z. B. Krebs), erfolgte ein **Selbsttötungsversuch** oder wurde bei Ihnen eine **HIV-Infektion** festgestellt (positiver Aids-Test)?  Nein  Ja

3. Sind Sie in den **letzten 5 Jahren** durch **Ärzte** oder **andere Behandler** (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden?  Nein  Ja

Anschrift

Fachrichtung

Grund

Zeitpunkt



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum

Versicherte Person (Familiename, Titel, Vorname)

Wurden in den **letzten 12 Monaten** Arzneimittel (z. B. Blutdruckmittel, Asthmaspray, entzündungshemmende Medikamente, Schilddrüsen-tabletten) verordnet bzw. eingenommen?

 Nein  Ja, welche?

Arzneimittel

Einnahmezeitraum

4. Erfolgt in den **letzten 5 Jahren** Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder haben Sie einen Unfall, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?

 Nein  Ja

Körpergröße

Gewicht

cm

kg

Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** (elektrische) Zigaretten, (elektrische) Zigarren, (elektrische) Zigarillos, (elektrische) Pfeifen genossen bzw. Nikotin in anderer Form (z. B. Kautabak, Schnupftabak), gleichgültig in welcher Menge, aktiv zu sich genommen?

 Nein  Ja

Art

Zeitraum

Durchschnittliche tägliche Menge

**Nur zu beantworten, wenn das Eintrittsalter der versicherten Personen bei den VorteilsRenten-Tarifen über 55 Jahre ist.**

Beziehen Sie bereits Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung oder der Pflegepflichtversicherung (gesetzlich oder privat) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Leistungen beantragt?

 Nein  Ja

Sollten Sie die Frage mit Ja beantworten, ist nur eine Altersrente ohne Pflegeoption (also keine VorteilsRente) möglich.



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum

---

Versicherte Person (Familiename, Titel, Vorname)

---

**Bitte machen Sie nähere Angaben, falls eine der Fragen mit Ja beantwortet wurde (z. B. Art, Schwere und Dauer der Krankheit, Art und Umfang der Behandlungen, Folgen, ggf. Arbeitsunfähigkeitszeiten, Name und Anschrift des behandelnden Arztes).**

Haben Sie zu diesem Zweck Beiblätter beigefügt?

**Nein**     **Ja**

Anzahl

---

Frage Nr.	Krankheiten, Beschwerden, Ursache der Erwerbsminderung usw.	Art der Behandlung (z. B. Operation, Bestrahlung), bestehen Folgen?	Beginn/Ende von Krankheit, Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Arbeitsunfähigkeit usw.	Name und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Heilstätten, Gesundheitsämter u. Ä.

**Zu Ihrer Absicherung können Sie sich die Vollständigkeit der Angaben zum Gesundheitszustand durch Unterschrift Ihres behandelnden Arztes bestätigen lassen. Diese Bestätigung erfolgt auf freiwilliger Basis und ist keine Voraussetzung für die Bearbeitung Ihres Antrags/Ihrer Anträge.**

**Sonstige Vereinbarungen**



## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

### Verarbeitung von personenbezogenen Daten zum Zweck der Risikovorabfrage

#### Kunde/Interessent

Name, Vorname

Straße, Hausnummer/Postfach

Postleitzahl, Ort

#### Zweck der Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass mein zuständiger Vermittler meine personenbezogenen Daten an die NÜRNBERGER Versicherung\* für Deckungsanfragen zur Risikoprüfung bezüglich Vertragsabschlüssen (Angebotseinholung) in der Lebens- (einschließlich Berufsunfähigkeitsversicherung) und Krankenversicherung sowie zur Durchführung/Abwicklung von Versicherungsverträgen übermittelt.

#### Besondere personenbezogene Daten

Soweit erforderlich, umfasst die Einwilligung auch die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Art. 9 Abs. 1 DSGVO (dies sind insbesondere Gesundheitsdaten, Daten zur Religions-, Gewerkschafts-, Parteizugehörigkeit, rassischen und ethnischen Herkunft, zum Sexualleben und zur sexuellen Orientierung sowie genetische und biometrische Daten).

#### Widerrufsrecht

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit für die Zukunft ganz oder teilweise ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung berührt gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum erfolgten Widerruf erfolgten Datenverarbeitung. Ein Widerruf der Einwilligung kann dazu führen, dass die Risikovorabfrage nicht mehr ausgeführt werden kann.

Einen Widerruf richten Sie bitte direkt an die NÜRNBERGER Versicherung\*, Ostendstraße 100, 90344 Nürnberg oder per E-Mail an [info@nuernberger.de](mailto:info@nuernberger.de).

Datum

X

Unterschrift des Kunden/Interessenten

Datum

X

Unterschrift des Vermittlers

#### Vermittlerangaben

Vorname, Nachname

Agenturnummer

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

#### Datenschutzhinweis:

Unsere Informationen nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) finden Sie unter [www.nuernberger.de/datenschutz/](http://www.nuernberger.de/datenschutz/). Gerne senden wir Ihnen die betreffenden Informationen auf Wunsch auch per Post zu.

\*Unter [www.nuernberger.de/gesellschaften](http://www.nuernberger.de/gesellschaften) finden Sie Informationen zu den Konzerngesellschaften der NÜRNBERGER Versicherung.



**Für Makler und Mehrfachagenten gilt:**

Sie können unter den folgenden Voraussetzungen im Auftrag der zu versichernden Person unterschreiben,

- sofern Sie von ihr per Mandat / Einzelvollmacht bevollmächtigt wurden und
- sofern Sie zusätzlich die nachfolgende Bestätigung unterzeichnen.

**Zusätzliche Bestätigung des Maklers / Mehrfachagenten:**

Ich bestätige, dass die zu versichernde Person mich als Makler / Mehrfachagenten im Rahmen eines Mandats oder einer Einzelvollmacht berechtigt hat,

- die mit dieser „Einwilligungserklärung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten zum Zweck der Risikovorabfrage“ eingereichten Gesundheitsdaten an die NÜRNBERGER Versicherung\* zum Zwecke der Risikoprüfung / Angebotseinholung o.ä. zu übermitteln und zu verarbeiten,
- Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit den zuvor genannten Zwecken von der NÜRNBERGER Versicherung zu empfangen und
- die „Einwilligungserklärung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten zum Zweck der Risikovorabfrage“ (inkl. besonderer personenbezogener Daten) im Auftrag zu unterzeichnen.

Ich bestätige, dass ich meine Kundin / meinen Kunden auf die Widerruflichkeit dieser Einwilligung hingewiesen habe. Zudem habe ich der zu versichernden Person alle Unterlagen im Zusammenhang mit dieser Vorabfrage ausgehändigt.

---

Datum \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Maklers / Mehrfachagenten

**Einwilligung in die unverschlüsselte E-Mail Kommunikation zwischen Vermittler und NÜRNBERGER Versicherung**

Elektronische Medien wie E-Mail erleichtern und beschleunigen die Kommunikation zwischen Ihrem Vermittlern und der NÜRNBERGER Versicherung. Jeder Austausch über das Internet unterliegt aber auch gewissen Risiken. Zum Beispiel könnten Unbefugte Einblick in die Kommunikation erhalten oder Nachrichten durch Dritte verändert werden.

Die NÜRNBERGER Versicherung bietet einheitlich eine Verschlüsselung nach dem derzeit gültigen Stand der Technik an (TLS 1.1 mit Perfect Forward Secrecy). Wenn der E-Mail-Anbieter des Vermittlers diese unterstützt, wird die Nachricht sicher übertragen. Andernfalls wird die E-Mail unverschlüsselt versendet.

Beachten Sie bitte, dass der E-Mail-Anbieter grundsätzlich Einsicht in E-Mails nehmen kann. In Deutschland unterliegt diese Kommunikation jedoch dem strafrechtlich geschützten Fernmeldegeheimnis.

Ich willige hiermit ein, dass mein Vermittler und die NÜRNBERGER Versicherung bei der E-Mail-Kommunikation mit meinen personenbezogenen Daten (inkl. besondere personenbezogene Daten wie Gesundheitsdaten) - neben der TLS-Verschlüsselung - keine zusätzliche Ende-zu-Ende-Verschlüsselung (Dokumentenverschlüsselung) einsetzen.

Näheres zu den alternativen Möglichkeiten der verschlüsselten E-Mail-Kommunikation in der NÜRNBERGER Versicherung finden Sie unter [www.nuernberger.de/datenschutz/](http://www.nuernberger.de/datenschutz/).

**Widerrufsrecht**

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit für die Zukunft ganz oder teilweise ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung berührt gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum erfolgten Widerruf erfolgten Datenverarbeitung. Einen Widerruf richten Sie bitte direkt an die NÜRNBERGER Versicherung\*, Ostendstraße 100, 90344 Nürnberg oder per E-Mail an [info@nuernberger.de](mailto:info@nuernberger.de).

---

Datum \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden/Interessenten