



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)?

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) anonym
--------------	---

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	<input type="checkbox"/> Jährliche Rente <input type="checkbox"/> 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	Letztes Jahr/jährlich	Vorletztes Jahr/jährlich
EUR	EUR	EUR

TätigkeitsmerkmaleWelchen **Berufsstand** haben Sie?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angestellter (1) | <input type="checkbox"/> Selbstständiger (GRV-pflichtig) (9) |
| <input type="checkbox"/> Angestellter, öffentlicher Dienst (2) | <input type="checkbox"/> Selbstständiger (Versorgungswerk) (9) |
| <input type="checkbox"/> Arbeiter (3) | <input type="checkbox"/> Freiberufler (10) |
| <input type="checkbox"/> Beamter (4) | <input type="checkbox"/> Freier Mitarbeiter (11) |
| <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter (5) | <input type="checkbox"/> Student (12) |
| <input type="checkbox"/> Polizist (6) | <input type="checkbox"/> Lehramtsstudent (12) |
| <input type="checkbox"/> Soldat/Bundespolizei (6) | <input type="checkbox"/> Auszubildender (13) |
| <input type="checkbox"/> Praktikant (7) | <input type="checkbox"/> Arbeitsloser (14) |
| <input type="checkbox"/> freiwillig Wehrdienstleistender/BFD (8) | <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig (15) |
| <input type="checkbox"/> Selbstständiger (9) | <input type="checkbox"/> 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**?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Staatsexamen (Universität) (1) | <input type="checkbox"/> Abitur (3) |
| <input type="checkbox"/> Diplom, Magister (1) | <input type="checkbox"/> Fachabitur (4) |
| <input type="checkbox"/> Diplom (Fachhochschule) (1) | <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/
Qualifizierter Hauptschulabschluss (5) |
| <input type="checkbox"/> Master (Universität) (1) | <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss (6) |
| <input type="checkbox"/> Master (Fachhochschule) (1) | <input type="checkbox"/> Kein Abschluss (7) |
| <input type="checkbox"/> Bachelor (Universität) (2) | |
| <input type="checkbox"/> Bachelor (Fachhochschule) (2) | |

Wie hoch ist der Anteil Ihrer **Bürotätigkeit**?

-
- 80 - 100 % (1)
-
- 40 - 79 % (2)
-
- 0 - 39 % (3)

Wie hoch ist Ihre **Leitungsfunktion**?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine (1) | <input type="checkbox"/> 10 - 15 Mitarbeiter (4) |
| <input type="checkbox"/> 1 - 3 Mitarbeiter (2) | <input type="checkbox"/> 16 - 30 Mitarbeiter (5) |
| <input type="checkbox"/> 4 - 9 Mitarbeiter (3) | <input type="checkbox"/> > 30 Mitarbeiter (6) |



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum

Versicherte Person (Familienname, Titel, Vorname)

anonym

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

anonym

Fachrichtung

Grund

Zeitpunkt



Zum Versicherungsantrag vom

Geburtsdatum

Versicherte Person (Familiename, Titel, Vorname)

anonym

Wurden in den **letzten 12 Monaten** Arzneimittel (z. B. Blutdruckmittel, Asthmaspray, entzündungshemmende Medikamente, Schilddrüsentabletten) 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)

anonym

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.
				anonym
				anonym
				anonym
				anonym

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