

Berufsangaben der zu versichernden Person

Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.
Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Welchen beruflichen Abschluss oder akademischen Grad besitzen Sie? (z. B. Bürokaufmann/-frau, Maurer/-in, Kfz-Meister/-in, Bachelor of Science)

Keinen

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (sofern Student/-in: Welcher Beruf wird angestrebt)?

In dieser Tätigkeit seit (Monat/Jahr)

Nennen Sie uns bitte Ihren ~~Arbeitsgeber~~ und die Branche

Jährliches **Netto**einkommen aus dieser Tätigkeit

EUR

Angestellte/r Auszubildende/r Soldat/-in Schüler/-in ohne sonderpädagogischen Förderbedarf Hausmann/frau

Beamte/r, mit aktueller Besoldungsgruppe:

Student/-in

Selbstständige/r bzw. Freiberufler/-in, seit wann?

Sofern Sie nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union sind:

Arbeitsvertrag ist unbefristet

befristet bis

In Abhängigkeit vom Berufsbild können bestimmte Zusatzangaben erforderlich sein.

Sie müssen nur die Ihrem individuellen Versorgungsvorschlag zu Grunde liegenden Fragen beantworten.

1. Wie hoch ist der Anteil Ihrer Bürotätigkeit? mindestens 80 % weniger als 80 %
2. Wie hoch ist der Anteil Ihrer körperlichen Tätigkeit?
 kaum (höchstens 10 %) wenig (zwischen 10 % und 30 %) nennenswert (zwischen 30 % und 70 %) stark (mehr als 70 %)
3. Welchen höchsten Ausbildungsabschluss haben Sie erworben?
 abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA
 passende Berufsausbildung für die derzeit ausgeübte Tätigkeit (abgeschlossen, öffentlich anerkannt, Regelausbildung mindestens 2 Jahre)
 keinen der oben genannten Abschlüsse
4. Haben Sie Personalverantwortung für mindestens 8 festangestellte, nicht geringfügig beschäftigte Mitarbeiter? ja nein

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Eine unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen kann Ihren Versicherungsschutz gefährden und zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Gesellschaft kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen. Beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die in den folgenden Risikofragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufzählung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzureichen an: VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund.

Allgemeine Fragen

Nennen Sie uns bitte Ihre Körpergröße _____ cm und Ihr aktuelles Gewicht _____ kg

Haben Sie **in den letzten 12 Monaten** aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren zu sich genommen (z. B. über Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas)? **(gilt nicht für bAV)** ja nein

Üben Sie in Ihrer Freizeit ein **Hobby** mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z. B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Pferdesport, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus? ja nein

Falls „ja“, welche: _____ (Bitte ggf. Fragebogen beifügen)

Planen Sie **für die nächsten 2 Jahre** einen Aufenthalt von mehr als 3 Monaten außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA? (Falls „ja“, bitte Fragebogen für Auslandsaufenthalte beifügen.) ja nein

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Nennen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes (mit Fachrichtung), der über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichtet ist:

anonym

1. Wurden Sie **in den letzten 10 Jahren** operiert oder psychotherapeutisch oder stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Strahlen-, Chemotherapie) oder ist ein stationärer Aufenthalt angeraten oder geplant? Falls „ja“, nennen Sie uns bitte den Grund (Diagnose), den Zeitpunkt, die Behandlungs- und Beschwerdedauer und die Folgen: ja nein

2. Wurden Sie in den nachfolgend genannten Zeiträumen wegen Erkrankungen oder Beschwerden ärztlich oder therapeutisch beraten, untersucht oder behandelt?

In den letzten 5 Jahren hinsichtlich:

A) Verdauungstrakt (z. B. Gastritis, Morbus Crohn), anderer Bauchorgane (z. B. Pankreatitis, erhöhte Leberwerte) ja

B) Gehirn (z. B. Migräne, Alzheimer), Nerven (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie), Psyche (z. B. Depressionen, Ängste, Essstörungen, Schlafstörungen), Lernschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen ja

C) Wirbelsäule (z. B. Hexenschuss), Knochen (z. B. Brüche), Gelenke (z. B. Meniskusschaden), Muskeln (z. B. Verspannungen) ja

D) Schwindel (z.B. Dreh-, Lagerungs-, Schwankschwindel) ja

E) Krebs, Tumore oder Gewebsneubildungen (z. B. Karzinom, Melanom, Lymphom) ja

F) Autoimmunerkrankungen (z. B. Lupus erythematodes, Morbus-Bechterew, Polyarthritits) ja

G) Verletzungen (z. B. Unfälle), Vergiftungen, Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose) ja

H) Alkohol- oder Drogenkonsum ja

In den letzten 3 Jahren hinsichtlich:

I) Herz (z. B. Rhythmusstörungen), Kreislauf (z. B. erhöhter Blutdruck), Blut (z. B. Anämie), Gefäße (z. B. Krampfader, Verkalkungen) ja

J) Stoffwechsel (z. B. Gicht, Diabetes), Nieren- und Harnwege (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin, Harnwegsentzündung) ja

K) Allergien (z. B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelunverträglichkeit), Atmungsapparat (z. B. Asthma bronchiale) ja

L) Augen (z. B. grauer Star, Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien), Ohren (z. B. Tinnitus), Haut (z. B. Schuppenflechte, Neurodermitis), Drüsen (z. B. Lymphknotenschwellung) ja nein

Haben Sie eine oder mehrere Fragen von A) bis L) mit „ja“ beantwortet, machen Sie bitte nähere Angaben: Sofern für Ihre Angaben nicht genügend Platz vorhanden ist, verwenden Sie bitte für Ihre Angaben ein Zusatzblatt (Vordruck s. Anlage).

| Zu Frage: | Ihre Erkrankungen, Beschwerden, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen: | Wann: | Beschwerdedauer: | Heutige Folgen oder Einschränkungen: | Name und Adresse Ihrer behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser: |
|-----------|---|-------|------------------|--------------------------------------|--|
| | | | | | anonym |
| | | | | | anonym |
| | | | | | anonym |

3. Nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** mit oder ohne ärztliche Verordnung

A) mehr als 30 Tage lang täglich ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel) ja

B) an mehr als 30 Tagen im Jahr ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel) ja

C) Drogen (z. B. Cannabis, Ecstasy, Heroin)? ja nein

Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Medikamente, die Dosierung, den Einnahmezeitraum und den Grund der Einnahme: _____

4. Sind Sie dauerhaft körperlich oder geistig beeinträchtigt, ohne diesbezüglich ärztlich oder therapeutisch behandelt zu werden (z. B. angeborene Behinderungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen, Schwerhörigkeit)? Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Beeinträchtigung(en), die Ursache und den Zeitpunkt des Auftretens: ja nein

Bestehen, neben Ansprüchen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Beamtenversorgung, weitere Absicherungen aus privaten oder betrieblichen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft/-en oder den/die Versorgungsträger und die jeweils vereinbarte jährliche Rentenleistung. ja nein

Private Absicherung: _____ BU-/EU-/GF-Jahresrente

Betriebliche Versorgung: _____ BU-/EU-/GF-Jahresrente

Versorgungswerke: _____ BU-/EU-/GF-Jahresrente

Wird eine der Absicherungen bei Annahme gekündigt? ja nein Wenn ja, welche: _____

Wenn Sie diesem Antrag zusätzliche Unterlagen bzw. Anlagen beigelegt haben, geben Sie bitte nachfolgend Art und Umfang an: _____