



Persönliche Daten

05 Versicherungsnehmer/-in = VN

Anrede *		Titel		Vorname *		Name *	
Frau Herr Firma							
Straße, Hausnummer *				PLZ *		Wohnort *	
Geburtsdatum *		Geburtsort *		Geburtsname		Staatsangehörigkeit *	
Familienstand		Ledig Verheiratet		Eingetragene Lebenspartnerschaft		Steueridentifikationsnummer (11-stellig)	
Geschieden Verwitwet							
Tätigkeitsstatus							
Angestellte/-r - Vollzeit		Angestellte/-r - Teilzeit		Arbeiter/-in - Vollzeit			
Arbeiter/-in - Teilzeit		Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Vollzeit		Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Teilzeit			
Freiberuflich/selbstständig - Vollzeit		Freiberuflich/selbstständig - Teilzeit		Gesellschafter-Geschäftsführer/-in			
Hausmann/-frau		Ohne Arbeit/arbeitssuchend		Sonstiges (z.B. ABM-Maßnahme)			
Ausgeübter Beruf/Branche *					Ausbildungs-/Hochschulabschluss		
E-Mail				Telefon privat		Mobilfunknummer	

06 Versicherte Person = VP

Wenn VN und VP identisch sind, sind bei den Daten für die VP keine Angaben erforderlich

Anrede *		Titel		Vorname *		Name *	
Frau Herr							
Straße, Hausnummer *				PLZ *		Wohnort *	
Geburtsdatum *		Geburtsort *		Geburtsname		Staatsangehörigkeit *	
Familienstand		Ledig Verheiratet		Eingetragene Lebenspartnerschaft		Steueridentifikationsnummer (11-stellig)	
Geschieden Verwitwet							
Tätigkeitsstatus							
Angestellte/-r - Vollzeit		Angestellte/-r - Teilzeit		Arbeiter/-in - Vollzeit			
Arbeiter/-in - Teilzeit		Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Vollzeit		Beamte/-r/öffentlicher Dienst - Teilzeit			
Freiberuflich/selbstständig - Vollzeit		Freiberuflich/selbstständig - Teilzeit		Gesellschafter-Geschäftsführer/-in			
Hausmann/-frau		Ohne Arbeit/arbeitssuchend		Sonstiges (z.B. ABM-Maßnahme)			
Ausgeübter Beruf/Branche *					Ausbildungs-/Hochschulabschluss		
E-Mail				Telefon privat		Mobilfunknummer	

13 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.

14 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 ¹	Nichtraucher	Familienstand	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	
Wie viele festangestellte Vollzeitmitarbeiter leiten Sie an (Personal, Aufsichtsführung)?	
Ihr höchster Berufsabschluss, Ausbildungsabschluss in Deutschland?	
Diplom/Master/Magister/Staatsexamen: Universität	Diplom/Master: Fachhochschule
Bachelor: Universität, Fachhochschule	Berufliches Studium: Berufsakademie, private Hochschule
Abgeschlossene Weiterbildung: Meister, Techniker, Fachwirt	Abgeschlossene Berufsausbildung

15 Angaben zur Risikobeurteilung der VP

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragenkomplexe, soweit erforderlich, ausführlich. Sie helfen uns damit, Missverständnisse und Nachfragen zu vermeiden. Bitte verwenden Sie ein Beiblatt, falls Sie nicht genügend Platz vorfinden. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach.

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

Pflichtfelder sind durch * und farblich gekennzeichnet

1.1.a	Bestehen bei anderen Versicherungsunternehmen, Pensionskassen oder Pensionsfonds Lebens-, Renten-, Dread-Disease-, Pflegerenten-, Berufsunfähigkeits-, Invaliditäts- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre (Probe-)Anträge gestellt bzw. sind (gleichzeitig) weitere Antragstellungen vorgeesehen? *	Ja	Nein
1.1.b	Bestanden innerhalb der letzten 5 Jahre bei anderen Versicherungsunternehmen Lebens-, Dread-Disease-, Renten-, Pflegerenten-, Berufsunfähigkeits-, Invaliditäts- oder Grundfähigkeitsversicherungen? *	Ja	Nein
1.1.c	Wurden zu solchen Versicherungen in den letzten 5 Jahren Erschwerungen gefordert, Anträge abgelehnt oder zurückgestellt? *	Ja	Nein
1.1.d	Werden bestehende Absicherungen aufgehoben? *	Ja	Nein
1.1.e	Die Höhe der bestehenden und beantragten jährlichen privaten Berufsunfähigkeitsrenten und Invaliditätsrenten aus betrieblichen Versorgungszusagen beträgt mehr als 60% des Brutto-Jahreseinkommens (Festgehalt) aus nichtselbständiger oder Jahresgewinn vor Steuern aus selbständiger/gewerblicher Tätigkeit? (Nicht zu beantworten für Studierende, Schüler/innen, Auszubildende, Hausfrauen/-männer) *	Ja	Nein
1.2.a	Wird beabsichtigt innerhalb der nächsten 12 Monate außerhalb der EU einen mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt anzutreten? *	Ja	Nein
1.2.b	Wird eine der folgenden Sportarten ausgeübt? (Bitte den entsprechenden Fragebogen einreichen)		
	Motorsport (z.B. Motocross, Rallye, Rundstreckenrennen) *	Ja	Nein
	Kampfsport (z.B. Boxen, Judo, Karate) *	Ja	Nein
	Wassersport (z.B. Kajak, Kitesurfen, Segeln) *	Ja	Nein
	Bergsport (z.B. Bergsteigen, Downhill, Klettern) *	Ja	Nein
	Flugsport (z.B. Fallschirmspringen, Paragliding, Segelflug) *	Ja	Nein
	Tauchsport (z.B. Pressluft-, Apnoe-, Mischgastauchen) *	Ja	Nein
	Reitsport (z.B. Dressur, Military, Springreiten) *	Ja	Nein
	gefährerhebliche Mannschaftssportarten (z.B. Rugby, Eishockey, American Football) *	Ja	Nein
1.2.c	Liegen berufliche Gefahren vor? (z.B. Umgang mit explosiven/radioaktiven/toxischen Stoffen oder mit Waffen, Sondereinsätze) - Nicht zu beantworten für Studierende, Schüler/innen und Hausfrauen/-männer *	Ja	Nein

Näheres zu den Angaben zur Risikobeurteilung der VP, die mit "Ja" beantwortet wurden

zu Ziffern 1.1.a - d: Versicherungsunternehmen, Versicherungssumme/Jahresrente, Art der Versicherung, Grund der Erschwerung/Ablehnung/Zurückstellung (ggf. unterstreichen)

zu Ziffer 1.1.e: Wie viel mehr?

zu Ziffer 1.2.a: Wohin? Wann? Wie lange? Grund des Aufenthaltes?

zu Ziffer 1.2.b: Wie oft? Wo? Was genau? Nur Freizeitsport ohne Teilnahme an Wettbewerben?

zu Ziffer 1.2.c: Welche?

Weitere Informationen 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.

16 Angaben zum Gesundheitsrisiko der VP

Die in den folgenden Gesundheitsfragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufstellung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung. Nicht zu beantworten bei einer BU-Jahresrente ab 30.001 Euro (bei der LV 1871)

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

2.1	Körpergröße in cm *	Gewicht in kg *
2.2	Haben in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen stattgefunden, wegen Krankheiten oder Beschwerden	

2.2.a	des Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Bewusstlosigkeit, Venenentzündung, Krampfader, Thrombose)? *	Ja	Nein
2.2.b	der Atmungsorgane (z.B. Heuschnupfen, Asthma bronchiale, chronische oder wiederholte Bronchitis, Lungenentzündung, berufsbedingte Atemwegsprobleme)? *	Ja	Nein
2.2.c	an Speiseröhre, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz (z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Magenschleimhautentzündung, chronische Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Hepatitis, Bauchspeicheldrüsenentzündung)? *	Ja	Nein
2.2.d	der Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, -koliken, Nierenentzündung, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostataentzündung oder -vergrößerung)? *	Ja	Nein
2.2.e	der Brustdrüse (z.B. knotige Veränderungen, Entzündungen)? *	Ja	Nein
2.2.f	des Stoffwechsels (z.B. erhöhte Blutzuckerwerte, Diabetes mellitus, Gicht, erhöhte Cholesterinwerte, Funktionsstörungen der Schilddrüse)? *	Ja	Nein
2.2.g	in Form von Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Geschwülste, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Dampolympen)? *	Ja	Nein
2.2.h	in Form von Infektionskrankheiten, Tropenkrankheiten od. Vergiftungen (z.B. Tuberkulose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung)? *	Ja	Nein
2.2.i	des Gehirns, Rückenmarks oder der Nerven (z.B. Multiple Sklerose, Lähmungen, Epilepsie, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen, wiederholte oder mehrere Tage andauernde Kopfschmerzen)? *	Ja	Nein
2.2.j	der Psyche (z.B. ADHS, Angststörungen, Burn-out-Syndrom, Depression, Essstörungen, psychosomatische Störungen, Schlafstörungen, Stress-Syndrom, Legasthenie, Lernschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen, Wahrnehmungstörungen, Sprachstörungen, Selbsttötungsversuch)? *	Ja	Nein
2.2.k	Bestanden in den letzten 3 Monaten vor Antragstellung Beschwerden in einem der oben erfragten Bereich zu 2.2.a bis 2.2.j, ohne einen Arzt, Heilpraktiker, Physio-, Psychotherapeuten oder einen nichtärztlichen Therapeuten aufzusuchen? *	Ja	Nein
2.3	Wurden im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen (wie z.B. Laboruntersuchungen, Röntgen, CT, Ultraschall, EKG, Magen-Darm-Spiegelung) innerhalb der letzten 5 Jahre kontroll- oder behandlungsbedürftige Ergebnisse festgestellt? *	Ja	Nein
2.4	Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente eingenommen? *	Ja	Nein
2.5	Werden derzeit oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre ambulante Behandlungen von Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Masseurinnen durchgeführt? *	Ja	Nein
2.6	Werden derzeit oder wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Behandlungen von Psychologen oder Psychotherapeuten durchgeführt? *	Ja	Nein
2.7	Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Operationen, stationäre Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche für die nächsten 12 Monate ärztlich angeraten oder vorgesehen? *	Ja	Nein
2.8	Fand innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Alkoholkonsums eine ärztliche Beratung oder Behandlung statt? *	Ja	Nein
2.9	Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Drogen konsumiert? *	Ja	Nein
2.10	Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, Melanom) oder wurde eine HIV-Infektion (positiver Aids-Test) festgestellt? *	Ja	Nein

Die folgenden Fragen sind nur zu beantworten bei einer Berufsunfähigkeitsrente oder BUZ-Beitragsbefreiung mit Risikofragen ohne Wartezeit.

2.11	Haben in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen stattgefunden, wegen Krankheiten oder Beschwerden		
2.11.a	der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder (z.B. Bandscheibenschaden, Hexenschuss, Skoliose, ärztlich behandelte Rückenschmerzen, Knochenbrüche, Meniskusverletzung, Bänderriss, Gelenkentzündung, ärztlich festgestellter Gelenkverschleiß, Sehnenentzündung, Rheuma, Bechterew-Krankheit)? *	Ja	Nein
2.11.b	der Augen (z.B. Fehlsichtigkeit, Netzhautveränderungen, Hornhautverkrümmung, grüner oder grauer Star, entzündliche Augenerkrankungen, eingeschränktes Sehvermögen)? * Dioptrienwerte links: _____ Dioptrienwerte rechts: _____	Ja	Nein
2.11.c	der Ohren (z.B. Minderung der Hörfähigkeit, Tinnitus (Ohrgeräusch), Gleichgewichtsstörungen)? *	Ja	Nein
2.11.d	der Haut (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Ekzeme)? *	Ja	Nein
2.11.e	allergischer Ursache (z.B. Hausstauballergie, Tierhaarallergie, beruflich bedingte Allergien)? *	Ja	Nein
2.11.f	Bestanden in den letzten 3 Monaten vor Antragstellung Beschwerden in einem der oben erfragten Bereich zu 2.11.a bis 2.11.e, ohne einen Arzt, Heilpraktiker, Physio-, Psychotherapeuten oder einen nichtärztlichen Therapeuten aufzusuchen? *	Ja	Nein
2.12	Bestehen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z.B. Fehlbildungen, Verluste oder Schäden an Körpergliedern oder -organen, Folgen von Operationen oder Unfällen)? *	Ja	Nein
2.13	Bestehen Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], Grad der Behinderung [GdB], Grad der Schädigungsfolgen [GdS]) oder Pflegegrad? *	Ja	Nein
2.14	Besteht eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? - Nicht zu beantworten für minderjährige Versicherte *	Ja	Nein

2.15	Bestand in den letzten 5 Jahren eine länger als 2 Wochen dauernde zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit oder war die Teilnahme am Schulunterricht krankheitsbedingt nicht möglich? *	Ja	Nein
-------------	--	----	------

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

Name und vollständige Anschrift, Fachrichtung *

Näheres zu den Angaben zum Gesundheitsrisiko der VP

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.

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.

17 Fragen zur finanziellen Risikoprüfung

Fragen zur finanziellen Risikoprüfung bei BU ab einer Gesamtabsicherung von 19.201 € Bitte berücksichtigen Sie dabei auch Absicherungen bei anderen Gesellschaften und weitere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit (siehe auch Frage 3.2.). Bis zu einer Gesamt-BU-Jahresrente von **40.000 €** sichern wir **60%** vom durchschnittlichen Brutto-Jahreseinkommen/Jahresgewinn ab. Darüber hinaus reduziert sich die prozentuale Absicherungsgröße auf bis zu **30%**. Ab einer Gesamt-BU-Jahresrente von **25.201 €** benötigen wir einen Einkommensnachweis für das vergangene Jahr, ab einer Gesamt-BU-Jahresrente von **32.401 €** bitten wir um Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre - jeweils von unabhängiger Stelle.

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

3.1	Brutto-Jahreseinkommen (Festgehalt) in Euro aus nichtselbstständiger oder Jahresgewinn in Euro vor Steuern aus selbstständiger/gewerblicher Tätigkeit der letzten 3 Jahre?		
	Jahr	Einkommen	€
	Jahr	Einkommen	€
	Jahr	Einkommen	€
3.2	Bestehen weitere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit? Beamtenversorgung berufsständische Versorgung betriebliche Altersversorgung weitere Versicherungen Jahresanspruch in €:		
3.3	Wir bitten um eine genaue Tätigkeitsbeschreibung (alternativ benötigen wir den entsprechenden Berufsfragebogen)		
3.4	Wurde innerhalb der letzten 2 Jahre der Beruf gewechselt, ein Studium, eine Schul- oder Berufsausbildung beendet? Wann? Vorherige Tätigkeit/Studium/Schul- oder Berufsausbildung?	Ja	Nein
3.5	Liegt eine selbstständige Tätigkeit vor? Seit wann wird die ununterbrochene selbstständige Tätigkeit ausgeübt?	Ja	Nein