

Gesundheitsfragen bis 30 zum Vertrag Nr. bzw. Antrag vom bei der Das Fragenset "Gesundheitsfragen bis 30" gilt im Alter von 14 bis einschließlich 30 Jahre und einer monatlichen Berufsunfähigkeitsrente von maximal bis zu 1.500 EUR. Das Fragenset wird als vollständige Risikoprüfung eingeordnet, mit der Folge, dass Versicherte, deren Verträge mit diesem Fragenset zustande gekommen sind, die neuen Nachversicherungsmöglichkeiten (wie z. B. Berufseinsteigergarantie, Karrieregarantie, Upgrade-Option und Dynamikgrenze von max. 5 %.) nutzen können. Erklärung der versicherten Person **RFT 20** Titel Vorname Nachname Geburtsdatum Ausgeübte Tätigkeit Seit wann? Berufsgruppe/Risikogruppe 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 ☐ Nein ☐ Ja 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)? Wenn "ja", dann bitte die jeweilige Zusatzerklärung einreichen. **Auslandsaufenthalt** Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder in Nein Ja Krisengebieten vorgesehen (Krisengebiete sind Länder und Regionen, für die eine Reisewarnung des Auswärtigen Amts besteht. Informationen hierzu finden Sie in der Rubrik "Sicher Reisen" unter www.auswaertiges-amt.de)? Aufenthaltsort Aufenthaltsdauer Grund

LV105 820 202105 M-DOK Seite 1 von 15

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.



Zum Versicherungsantrag vom Gehurtsdatum Versicherte Person (Titel Vorname Nachname) Gesamtversicherungsschutz ☐ Nein ☐ Ja Wurden in den letzten 5 Jahren Lebensversicherungen, Dread-Disease-Versicherungen (Leistung bei schwerer Erkrankung) bzw. Berufs-, Erwerbs-, Schulunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Erwerbsausfall- oder Pflegerenten-Versicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder erschwert angenommen? Wann und Weshalb? Name des Unternehmens? ☐ Nein ☐ Ja Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben (einschließlich Berufs-, Erwerbs-, Schulunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Erwerbsausfall-, Dread-Disease- oder Pflegerenten-Versicherungen) oder wurden in den letzten 5 Jahren bzw. werden zeitgleich solche beantragt? Art der Versicherung Name des Unternehmens Beginndatum Höhe Versicherungssumme **EUR** Höhe der Dread-Disease-Leistung 🔲 Jährliche Rente 🔲 Kapitalleistung **EUR** Höhe der jährliche Berufs-, Erwerbs-, Schulunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Erwerbsausfall- bzw. Pflegerentenversicherung EUR Name des Unternehmens Tätigkeitsmerkmale Welchen Berufsstand haben Sie? Angestellter Selbstständiger (GRV-pflichtig) Angestellter, öffentlicher Dienst Selbstständiger (Versorgungswerk) ☐ Arbeiter Freiberufler Beamter ☐ Freier Mitarbeiter ☐ Beamtenanwärter ☐ Student Polizist Lehramtsstudent ☐ Soldat/Bundespolizei Auszubildender Praktikant Arbeitsloser freiwillig Wehrdienstleistender/BFD ☐ Nicht erwerbstätig Selbstständiger ☐ Hausfrau Was ist Ihre höchste Qualifikation? ☐ Master/Diplom/Magister/Staatsexamen/Promotion ☐ Bachelor ☐ Meisterprüfung ☐ Weiterbildung zum Techniker/Fach-/Betriebswirt Abgeschlossene (oder in) Berufsausbildung ☐ Sonstige/keine Wie hoch ist der Anteil Ihrer Bürotätigkeit? ☐ 80 – 100 % \Box 0 – 39 % ☐ 40 − 59 % $\prod 60 - 79 \%$ Wie hoch ist Ihre Leitungsfunktion? keine ☐ > 30 Mitarbeiter ☐ 1 – 9 Mitarbeiter ☐ 10 – 30 Mitarbeiter



Zum Versicherungsantrag vom Gehurtsdatum Versicherte Person (Titel Vorname Nachname) Angaben zum Gesundheitszustand Für alle folgenden Fragen gilt: Nicht angegeben werden müssen (in abschließender Aufzählung) Behandlungen wegen: • Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, die folgenlos ausgeheilt sind • Pilzerkrankungen (Nagelpilz, Fußpilz) • Zahnärztliche Behandlungen • Erkältungskrankheiten, die folgenlos ausgeheilt sind (z. B. Erkältungsschnupfen, Halsentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Kehlkopf- oder Luftröhrenentzündung, grippaler Infekt) • Schwangerschaften, Untersuchungen zu Schwangerschaften, Geburt ohne Komplikationen mit Aufenthalt im Krankenhaus • Vorsorgeuntersuchung (z. B. Hautkrebsvorsorge, gynäkologische Vorsorgeuntersuchung), die ohne krankhaften Befund blieben • Operationen ohne Komplikationen und Folgen an Blinddarm, Mandel oder Nasenscheidewand • eventuell durchgeführte Gentests • Verhütungsmittel allgemein sind nicht anzugeben Die in Klammern genannten Beispiele dienen zur Hilfestellung und Orientierung, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Abfragezeitraum 12 Monate ☐ Nein ☐ Ja 1. Wurden in den letzten 12 Monaten verschreibungspflichtige Arzneimittel (Tabletten, Salben, Spritzen, Infusionen oder Sprays) verordnet bzw. eingenommen? Welche? Wann? Weshalb? ☐ Nein ☐ Ja 2. 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? Art Zeitraum Durchschnittliche Menge ☐ Nein ☐ Ja 3. Sind oder waren Sie in den letzten 12 Monaten ununterbrochen mehr als 14 Tage aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage Ihrer studentischen oder beruflichen Tätigkeit nachzugehen?



Zum Versicherungsantrag vom

Ge	burtsdatum	Versicherte Person (Titel Vorname Nach	name)		
Abi	fragezeitraum 3 Jahre				
4.	Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten oder Funktionsstörung oder sind Sie durch Ärzte oder andere Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht oder behandelt worden, die folgenden Aufzählungen betreffen:				
4a.		,			☐ Ja
4b.	b. der Lunge, Bronchien, Luftröhre, (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe) und der Haut oder Allergien (z.B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie)			Nein	☐ Ja
4c.	des Stoffwechsels, Blutes, der Lymphknoten, Schilddrüse (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Gerinnungsstörung, Leukämie)			☐ Nein	☐ Ja
4d.	des Gehirns, Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Migräne, Lähmung, chronische Schmerzen, Parkinson)			☐ Nein	☐ Ja
4e.	. Funktionsstörung bzweinschränkung des Bewegungsapparates, der Organe/ Sinnesorgane (z. B. dauerhafte Hörminderung, Sehminderung mehr als 8 Dioptrien, Herzfehler, Bewegungseinschränkung, Gelenkfehlstellung)			Nein	☐ Ja
4f.	f. der Psyche (z. B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung), Therapie wegen Verhaltensauffälligkeiten/Sprachstörungen, Suchterkrankung (z. B. Einnahme von Drogen oder Betäubungsmitteln, Folgen von Alkoholgenuss)			Nein	☐ Ja
Abf	fragezeitraum 5 Jahre				
5.	. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen oder sind Sie durch Ärzte oder andere Behandler untersucht, beraten oder behandelt worden, die folgende Aufzählungen betreffen:				
5a.	Erkrankungen des Immunsystem (z.B. Rheuma, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Multiple Sklerose, Lupus)			Nein	☐ Ja
5b.	o. bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs), schwere Infektionen (z.B. Hepatitis B oder C, HIV, Tuberkulose, Borreliose), Selbsttötungsversuch			Nein	☐ Ja
6.	Erfolgten in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder Aufenthalte in einer Rehabilitations- oder Entzugsklinik?			Nein	☐ Ja
Kör	permaße		Körpergröße cm	Gewicht	kg



Zum Versicherungsantrag vom Geburtsdatum Versicherte Person (Titel Vorname Nachname) **Angaben zum Arzt** Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse unterrichtet ist: Vorname Männlich Weiblich Straße Hausnummer Postleitzahl Ort Land Fachrichtung Bitte machen Sie nähere Angaben, falls eine der Fragen mit Ja beantwortet wurde (z. B. Art, Verlauf, Folgen, Zeitraum, behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, Therapeuten, Krankenhäuser, Rehabilitationsklinik, Entzugsklinik, andere Einrichtungen der medizinischen Versorgung). ☐ Nein ☐ Ja Haben Sie zu diesem Zweck Beiblätter beigefügt? Anzahl Beginn/Ende von Krankheit, Behand-Art der Behandlung (z. B. lung, Krankenhaus-Name und Anschrift der Ärzte, Krankheiten, Beschwerden, **Frage** Ursache der Erwerbs-Operation, Bestrahlung), aufenthalt, Arbeits-Krankenhäuser, Heilstätten, Nr. minderung usw. bestehen Folgen? unfähigkeit usw. 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