

## 5 Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung Ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden. Der Versicherer kann bei unvollständigen oder unzutreffenden Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen. - Auf die gesonderte Mitteilung gem. § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht weisen wir ausdrücklich hin. -

Die in den Fragen aufgeführten Gesundheitsstörungen sind als beispielhaft anzusehen und können nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbegriffe umfassen.

Der Vertragsabschluss ist nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig. Wir verlangen weder solche Untersuchungen und Analysen noch verwenden wir deren Ergebnisse oder Daten. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Dies gilt nicht bei einem Antrag auf eine Jahresrente von mehr als 30.000 EUR. In diesem Fall müssen Sie uns auch die Ergebnisse oder Daten bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen mitteilen, selbst wenn diese allein darauf abzielen, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder künftig mögliche gesundheitliche Störung abzuklären. Unabhängig davon bleiben Sie jedoch in jedem Fall verpflichtet, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen. Dabei ist unerheblich, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Es hat bereits eine Risikoprüfung durch die Bayerische stattgefunden (wenn nichts angekreuzt ist, gehen wir davon aus, dass keine Risikoprüfung vorgenommen wurde).

Ticketnummer aus Risikovorfrage:

### I. Allgemeine Fragen

1. Besteht bei der Bayerischen oder anderen Unternehmen **bereits eine Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeitsversicherung**?  
Bitte Versicherer, Versicherungsart und Versicherungssumme angeben.

Nein Ja  
▼ ▼

### Ergänzende Angaben

2. Üben Sie eine **berufliche Tätigkeit außerhalb Europas** aus oder ist in den nächsten 12 Monaten die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit außerhalb Europas geplant oder beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? Bitte ggf. Zusatzklärung Auslandsaufenthalt einreichen.

3. Sind Sie im Beruf oder privat **besonderen Gefahren ausgesetzt** (z. B. Umgang mit explosiven, radioaktiven oder gesundheitsschädlichen Stoffen, Teilnahme an Wettbewerben, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen, Fallschirmspringen, Drachen- oder Gleitschirmfliegen, sonstige Flugaktivitäten, Kampfsport- oder Extremsportarten)?

4. Haben Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung Nikotin durch **Rauchen oder Inhalieren** aufgenommen (Rauchen meint sowohl das Konsumieren von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen oder sonstigem Tabak unter Feuer, als auch die Nutzung elektronischer Rauchgeräte, bei denen es zu einer Nikotinaufnahme über das Inhalieren von Dampf, z. B. e-Zigaretten, e-Zigarren oder e-Pfeifen kommt)?

5. Körpergröße in cm  Gewicht in kg

**Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung e.K.**  
Dr. Berndt Schlemann, unabhängiger Finanzberater  
Ernastr. 31, D-51069 Köln  
Telefon: 0221 68 80 40 | Telefax: 0221 68 80 81  
info@schlemann.com | www.schlemann.com

### II. Allgemeine Gesundheitsfragen

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

Nein Ja  
▼ ▼

### Ergänzende Angaben

Gesundheitsstörungen, Behandlungen usw./Wann? Wie lange? Ergebnis? Name u. Anschrift des Arztes oder Krankenhauses

a) des **Herzens oder des Kreislaufs** (z. B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Verkalkung der Herzkranzgefäße, Durchblutungsstörungen, ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündungen)?

b) der **Atmungsorgane** (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, allergische Atembeschwerden, Lungenentzündung, Zwerchfellbeschwerden)?

c) an **Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber** (z. B. Magengeschwür, chronische Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis)?

d) an **Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust** (z. B. Nierenentzündungen, Steinleiden, Einnierigkeit, Blut- oder Eiweißausscheidungen, chronische Nierenschädigung)?

e) des **Stoffwechsels** (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)?

f) durch **Blut- oder Tumorerkrankungen** (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie)?

g) durch **entzündliche Gelenks- oder Bindegewebserkrankungen** (z. B. Rheumatismus, akute oder chronische Arthritis, Morbus Bechterew)?

h) durch akute oder **chronische Infektionskrankheiten** (z. B. HIV, Tuberkulose, Borreliose, Malaria und sonstige Tropenkrankheiten)?

i) des **Nervensystems oder des Gehirns** (z. B. Epilepsie, Migräne, multiple Sklerose, Rückenmark, Alzheimer, Parkinson, Demenz, Muskelatrophie)?

j) der **Psyche** (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Essstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS, ADHS), Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Überlastungszustand, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)?

2. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von **Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen** beraten oder behandelt?

3. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 14 Tagen **Medikamente** ein? Welche, in welchen Abständen und in welcher Dosierung?

### III. Spezielle Fragen für Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen

Nein  
▼

Ja  
▼

#### Ergänzende Angaben

Gesundheitsstörungen, Behandlungen usw./Wann? Wie lange? Ergebnis? Name u. Anschrift des Arztes oder Krankenhauses

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

a) der **Wirbelsäule oder der Bandscheiben** (z. B. Lumbago, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias oder ärztlich behandelte Nacken-, Rückenbeschwerden oder ärztlich behandelte muskuläre Verspannungen)?

b) der **Knochen oder Gelenke, Bänder und Sehnen** (z. B. Abnutzung, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung, Verlust von Gliedmaßen und sonstige Anomalien)?

c) der **Haut, Allergien** (z. B. Neurodermitis, Psoriasis, (Kontakt-) Ekzem, Heuschnupfen, berufsbedingte Atemwegserkrankungen)?

d) der **Augen** (z. B. Sehestörung, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, verminderte Sehschärfe, Makuladegeneration)?

Dioptrien rechts  links

e) der **Ohren** (z. B. Tinnitus, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen)?

2. Beziehen oder bezogen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente/ Pension, ist eine Rente beantragt oder eine Pensionierung eingeleitet?

3. Wurde ein Grad der Behinderung (GdB), Erwerbsminderung (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) zuerkannt oder wurde in den letzten 5 Jahren ein entsprechender Antrag gestellt? Bitte ggf. Bescheid beifügen.

4. Haben Sie bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit gesetzliche Rentenleistungen oder Versorgungsbezüge zu erwarten? Wenn ja, welche?

5. Haben Sie bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit andere Rentenleistungen (z. B. betriebliche oder private Absicherung) zu erwarten? Wenn ja, bitte die Art der Versorgung und Höhe der Monatsrente angeben.

€

6. a) Wie hoch war Ihr Nettoeinkommen im letzten Kalenderjahr vor Antragsstellung?

€

b) Haben sich im laufenden Jahr Veränderungen ergeben?

### IV. Ergänzende Gesundheitsfragen

1. Werden Sie gegenwärtig oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Heilpraktiker, Krankengymnast, Physiotherapeut) beraten, untersucht oder behandelt?

2. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, in Rehabilitations- oder Kureinrichtungen untersucht, beraten oder behandelt oder sind solche innerhalb des nächsten Jahres ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?

3. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert (Name und Anschrift)

Name, Anschrift

### V. Risikozuschläge

1. medizinischer Zuschlag: % nichtmed. Zuschlag: %

Ein gesondertes Blatt ist beigelegt:  Nein  Ja

**Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung e.K.**

Dr. Berndt Schlemann, unabhängiger Finanzberater

Ernastr. 31, D-51069 Köln

Telefon: 0221 68 80 40 | Telefax: 0221 68 80 81

info@schlemann.com | www.schlemann.com

### 6 Empfänger der Versicherungsleistungen

Sofern nichts anderes vereinbart, gilt für den jeweiligen Vertrag folgendes Bezugsrecht:

Im Erlebensfall: der Versicherungsnehmer; Bei Tod der versicherten Person in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten:

1. der überlebende Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war; der eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) steht dem Ehegatten gleich

2. die Kinder des Versicherten

3. die Eltern des Versicherten

Nur wenn Sie eine davon abweichende Regelung wünschen, teilen Sie uns dies bitte nachfolgend mit:

Im Erlebensfall:

Im Todesfall:

### 7 Besondere Vereinbarungen (Mündliche Vereinbarungen gelten nicht)