



NÜRNBERGER, 90334 Nürnberg

DV 05 1,45 Deutsche Post 



*00144429*432*0000006*1905* L *

Firma
Konzept und Verantwortung
Versicherungsmakler GmbH
Karlstr. 99
89073 Ulm

Unser Kundenservice in Nürnberg

Tel. (09 11) 5 31-65 01

Fax (09 11) 5 31-35 23

Nürnberg, 15.05.2008

Risiko-Lebensversicherung

Versicherungsschein-Nr.

Bitte immer angeben

L 030668 358 012

Antrag-Nr.: 08332877

Ihr Zeichen:

Versicherungsnehmer

Thomas Kammerloher,
Panger Str. 2, 83064 Raubling

Versicherte Person

Thomas Kammerloher, geb. 03.06.1968

Sehr geehrte Damen und Herren,

damit wir den Antrag weiter bearbeiten können, benötigen wir noch für unsere Risikoprüfung folgende Untersuchungen/Unterlagen:

- Formular GS004, zur finanziellen Risikoprüfung (Formular ist beigelegt)

- Einkommensnachweise des Jahreseinkommens der letzten drei Jahre von unabhängiger Stelle (z. B. Steuerberater)

- Folgende Angaben/Unterlagen fehlen: beigelegte Erklärungen bitte vollständig ausgefüllt und vom VN unterschrieben mit einreichen.

Bitte veranlassen Sie dies und senden Sie uns die Unterlagen, im Interesse des Kunden, schnellstmöglich zu. Vielen Dank.

Wenn sich noch Fragen ergeben: Bitte rufen Sie uns an.

Mit freundlichen Grüßen

NÜRNBERGER Lebensversicherung AG

Anlagen

ppa Ulmstüb *i.k.s.*



00000037 01 07 44429

GS155V00 00000006



Zusatzerklärung IBU/BUZ/EUZ/PRZ Über 20.000 EUR jährliche Rente

Angaben der versicherten Person zum Einschluss der Berufsunfähigkeits-/ Erwerbsunfähigkeits-/Pflegerenten-Zusatzversicherung

Antrags- bzw. Versicherungsschein-Nummer

L 030668 358 012

Antrag vom

25.04.2008

Vorname, Name

Thomas Kammerloher

Geburtsdatum

03.06.1968

Welche Ausbildung haben Sie?

☐ Lehre als☐ Fachausbildung als☐ Meisterbrief zum☐ Studium zumBeschreibung der beruflichen Tätigkeit
in Stichpunkten:

In welcher Funktion sind Sie eingesetzt?

Sind Sie tätig als:

☐ Selbstständiger☐ Angestellter☐ Arbeiter☐ BeamterWie hoch schätzen Sie den jeweiligen
prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein?

kaufmännisch/leitend

%

praktisch/handwerklich

%

Anzahl der Mitarbeiter
im kaufmännischen Bereich

Vollzeitkräfte

Teilzeitkräfte

im handwerklichen Bereich

Vollzeitkräfte

Teilzeitkräfte

Geben Sie bitte Ihr Einkommen der
letzten 3 Jahre an.**Selbstständige**(Gewinn vor Steuern)

laufendes Jahr in EUR/jährlich

letztes Jahr in EUR/jährlich

vorletztes Jahr EUR/jährlich

Unselbstständige (Nettoeinkommen)
Über 30.000 EUR jährliche Rente
sind Einkommensnachweise
einzureichen.

laufendes Jahr in EUR/jährlich

letztes Jahr in EUR/jährlich

vorletztes Jahr EUR/jährlich

Haben Sie weitere Rentenansprüche für
den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. der
verminderten Erwerbsfähigkeit?☐ Sozialversicherung☐ Beamten-Vorsorge☐ keine Ansprüche☐ betriebliche Altersversorgung☐ berufsständische Versorgung

Höhe der bestehenden Anwartschaft

Besteht für Sie bereits eine
Versicherung für den Fall der Berufs-,
Erwerbsunfähigkeit bzw. für den
Pflegefall? Ist eine solche beantragt?Berufsunfähigkeit
Erwerbsunfähigkeit
Pflegefall

Name der Gesellschaft

☐ nein ☐ ja ☐ beantragt☐ nein ☐ ja ☐ beantragt☐ nein ☐ ja ☐ beantragt

jährlich versicherte Gesamtrentenleistung

EUR

Sofern eine Versicherung für den Fall der
Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw.
für den Pflegefall besteht, wird diese
bei Annahme dieses Antrages im
Gegenzug gekündigt?Berufsunfähigkeit
Erwerbsunfähigkeit
Pflegefall☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja**Zusätzliche Fragen für Selbstständige**
Seit wann sind Sie selbstständig?

Datum

Sind Sie Existenzgründer?

☐ nein☐ ja

Seit wann besteht das Unternehmen?

Datum

Ort, Datum

GS004_001_012008 O201 txt

Unterschrift der versicherten Person

Unterschrift des Vermittlers

L 030668 358 012 / 059787





Zusätzliche Erklärung Allergien

Antrags- bzw. Versicherungsschein-Nummer

L 030668 358 012

Antrag vom

25.04.2008

versicherte Person (Vorname, Name)

Thomas Kammerloher

Geburtsdatum

03.06.1968

1. Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Krankheitserscheinungen?

Sofern ja, bitte ausführliche und genaue Angaben. Seit wann? Wie häufig und wie lange? Wie schwer sind diese Krankheitserscheinungen? Auf welche Stoffe und Substanzen reagieren Sie allergisch?

Allergisches Asthma bronchiale

() nein () ja

Erläuterung

Erläuterung

Häufig auftretende obstruktive/spastische Bronchitis

() nein () ja

Erläuterung

Erläuterung

Häufiger Husten; chronische Bronchitis

() nein () ja

Erläuterung

Erläuterung

Heuschnupfen, Fließschnupfen, Augenjucken

() nein () ja

Erläuterung

Erläuterung



Unverträglichkeit von bestimmten Nahrungsmitteln (z. B. mit Durchfall?)

() nein () ja

Erläuterung

Erläuterung

Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche?

() nein () ja

Erläuterung

Erläuterung

Überempfindlichkeit gegen Substanzen, Arbeitsstoffe, Materialien?

() nein () ja

Erläuterung

Erläuterung

Sonstige Überempfindlichkeitsreaktion?

() nein () ja

Erläuterung

Erläuterung

2. Bestehen oder bestanden Hauterscheinungen?

**Sofern ja, bitte ausführliche und genaue Angaben.
Seit wann? Wie häufig und wie lange? Wie schwer sind diese
Krankheitserscheinungen? Auf welche Stoffe und Substanzen reagieren Sie allergisch?**

Allergisches Ekzem, Kontaktekzem

() nein () ja

Erläuterung

Erläuterung

Urtikaria, Nesselsucht, Quaddelsucht?

() nein () ja

Erläuterung

Erläuterung

Endogenes Ekzem, atopisches Ekzem, Neurodermitis?

() nein () ja

Erläuterung

Erläuterung

Welche Körperstellen sind/waren betroffen?

() gesamter Körper (generalisiert) () Hände () Gesicht
sonstige Körperstellen, welche?

Sind weitere Hauterkrankungen bekannt (z. B. Schuppenflechte u. a.)?

() nein () ja welche?

Erläuterung

Erläuterung

3. Bestand oder besteht in Ihrer Familie eine der o.g. Krankheiten?

() nein () ja welche?

Erläuterung

Erläuterung

4. Wann treten bzw. traten die Symptome und Beschwerden auf?

() bei der Hausarbeit () bei der Arbeit
() im Umgang mit Tieren () bei körperlichen Anstrengungen
() bei anderen Gelegenheiten () nach dem Genuss bestimmter Lebensmittel

Erläuterung

**5. Rauchen Sie?**

() nein () ja, wie viele täglich? Anzahl

6. Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

behandelnder Arzt

() Krankenhausaufenthalte
() Kuraufenthalte

Wann und wie lange?

Name und Anschrift der Klinik

Wurde ein Allergietest durchgeführt?

() nein () ja, wann und welcher?

Datum

Allergietest

7. Welche Allergien wurden Ihnen vom Arzt genannt?

Allergien

8. Mit welchen Medikamenten wurden Sie behandelt?

Name der Medikamente

Wurde bereits eine Hypo- bzw. Desensibilisierung durchgeführt?

() nein () ja, wann und mit welchem Erfolg?

Erläuterung

Befund

Ist eine solche Maßnahme geplant?

() nein () ja, wann?

Zeitraum

9. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?

Name der Medikamente

10. Welcher weitere Arzt behandelte Sie bzw. behandelt Sie jetzt noch?

Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes

Wann und wegen welcher Erkrankung?

Datum

Art der Erkrankung

11. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufsunfähig?() nein
() ja, wann und wie lange und wegen welcher Erkrankung?

Zeitraum

Art der Erkrankung



12. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE %)?

() nein
() ja, wie viel Prozent und aus welchem Grund?

% MdE

Grund MdE

13. Streben Sie aus med. Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an?

() nein () ja, wann?

Datum

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person





Zusätzliche Erklärung Magen- und Darm-Erkrankungen

Antrags- bzw. Versicherungsschein-Nummer

L 030668 358 012

Antrag vom

25.04.2008

versicherte Person (Vorname, Name)

Thomas Kammerloher

Geburtsdatum

03.06.1968

1. Wann traten erstmals Beschwerden auf, bzw. seit wann ist eine Erkrankung bekannt?

Datum

Welche Beschwerden oder Symptome haben/hatten Sie?

- () Sodbrennen
 () Erbrechen, Übelkeit
 () _____

- () Appetitmangel, Gewichtsverlust
 () Durchfall

Wie oft und wie lange haben/hatten Sie diese Beschwerden?

Zeitraum

2. Welche Diagnose stellte der Arzt?

- () Reflux-Krankheit
 () Magen- oder Zwölffingerdarm-geschwür
 () Colitis ulcerosa
 () Enddarmerkrankung
- () rez./chron. Gastritis
 () Geschwulst, Tumor
 () Morbus Crohn
 () _____

3. Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

behandelnder Arzt

- () Krankenhausaufenthalte
 () Kuraufenthalte

Wann und wie lange?

Name und Anschrift der Klinik

Wurde eine Gastroskopie (Magenspiegelung) durchgeführt?

- () nein () ja, wann?

Datum

Wurde eine Koloskopie (Darmspiegelung) durchgeführt?

- () nein () ja, wann?

Datum

Wurde eine/mehrere Operation/en durchgeführt?

- () nein () ja, wann und welche?

Datum

Art der Operation/en

Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet?

Name der Medikamente

4. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- () nein () ja, in welchem Umfang?

Art und Menge



5. Rauchen Sie?

() nein () ja, wie viele täglich? Anzahl

6. Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

() nein () ja, seit wann?

Datum

Sind Sie völlig geheilt?

Welche Beschwerden bestehen noch?

Beschwerden

Ist eine Operation vorgesehen?

() nein () ja, wann und welche?

Datum

Art der Operation

Halten Sie eine bestimmte Diät ein?

() nein () ja, welche?

Art der Diät

Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?

Name der Medikamente

7. Welcher weitere Arzt hat Sie behandelt bzw. behandelt Sie jetzt noch?

Name, Anschrift und Fachrichtung

Wann und wegen welcher Erkrankung?

Zeitraum

Art der Erkrankung

Welche Medikamente werden/wurden Ihnen hier verordnet

Name der Medikamente

8. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufs unfähig und wegen welcher Erkrankung?

() nein () ja, wann?

Datum

Art der Erkrankung

9. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE%)?

() nein () ja, wie viel Prozent % MdE
und aus welchem Grund?

Grund MdE

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person



Zusätzliche Erklärung Wirbelsäulenbeschwerden/Wirbelsäulenerkrankungen

Antrags- bzw. Versicherungsschein-Nummer

L 030668 358 012

Antrag vom

25.04.2008

versicherte Person (Vorname, Name)

Thomas Kammerloher

Geburtsdatum

03.06.1968

1. Wann und wie häufig haben/hatten Sie Beschwerden mit der Wirbelsäule? (Bitte genaue Angaben zu Daten, Dauer und Einzelheiten)

Erläuterung

Waren Sie deshalb arbeitsunfähig?

() nein () ja, wann und wie lange?

Zeitraum

Welcher Wirbelsäulenabschnitt ist/war betroffen?

() Halswirbelsäule () Brustwirbelsäule () Lendenwirbelsäule

2. Welche Diagnose stellte der Arzt?

Diagnose

3. Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

behandelnder Arzt

() Krankenhausaufenthalte
() Kuraufenthalte

Wann und wie lange?

Name und Anschrift der Klinik

4. Art der Behandlung Existieren Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule?

() nein () ja, wann und wie lange?

Zeitraum

Wurde eine/mehrere Operation/en durchgeführt?

() nein () ja, wann und welche?

Datum

Art der Operation/en

Was wurde Ihnen verordnet? (Bitte genaue Angaben zu Daten, Dauer und Einzelheiten)

() Massagen () Krankengymnastik () Sonstiges

Erläuterung



Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet und wann?

Name der Medikamente

Datum

5. Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

Sind Sie völlig geheilt?

() nein () ja, seit wann?

Datum

Welche Beschwerden bestehen noch?

Beschwerden

Ist eine Operation vorgesehen?

() nein () ja, wann und welche?

Datum

Art der Operation

Sind weitere Reha-Maßnahmen vorgesehen?

() nein () ja, wann und welche?

Datum

Art der Reha-Maßnahmen

6. Sind weitere Erkrankungen/Beschwerden bekannt?

Kopfschmerzen

() nein () ja

Häufigkeit, Zeitpunkt

Schwindel

() nein () ja

Häufigkeit, Zeitpunkt

Gelenkerkrankungen

() nein () ja

Angabe zum Gelenk

Beckenschiefstand oder Beinlängendifferenz

() nein () ja

cm-Angabe

Nervenschmerzen und neurologische Ausfallerscheinungen

() nein () ja

betroffene Region

Rheumatische Beschwerden

() nein () ja

betroffene Region

7. Welcher weitere Arzt hat Sie behandelt bzw. behandelt Sie jetzt noch?

Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes

Wann und wegen welcher Erkrankung?

Zeitraum

Art der Erkrankung

8. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufsunfähig? Wegen welcher Erkrankung?

() nein () ja, wann?

Zeitraum

Art der Erkrankung



**9. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE %)?**

() nein () ja, wie viel Prozent % MdE
und aus welchem
Grund?

Grund MdE

10. Streben Sie aus med. Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an?

() nein () ja, wann

Zeitraum

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

